



Universidade Nova de Lisboa

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

**FUNDAMENTOS TEÓRICOS E OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS DE UMA  
UNIDADE DE ÉTICA EM SAÚDE PÚBLICA**

**- CASO de ESTUDO: O *GABINETE DE ÉTICA E RESPONSABILIDADE*  
DA DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE -**

**TRABALHO DE PROJECTO**

**Orientador: PROF. DOUTORA PAULA LOBATO FARIA**

**Co-Orientador: DR. FRANCISCO GEORGE**

**Candidata: NINA DE SOUSA SANTOS**

Mestrado em Gestão da Saúde

Fevereiro de 2010

**Este trabalho é dedicado a meus Pais e  
à Memória de Margarida Bentes**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar à Prof. Doutora Paula Lobato Faria o apoio efectivo dado no desenvolvimento de ideias para incluir neste trabalho, na sua sistematização e estruturação, no esclarecimento de dúvidas, fornecimento de bases bibliográficas, e ainda, em especial, o incentivo sempre oportuno.

Agradeço também ao Dr. Francisco George, desde logo pelo desafio lançado na escolha do tema, pela disponibilidade demonstrada para a leitura crítica de aspectos essenciais do trabalho, e pelo exemplo diário de incluir a reflexão ética nas decisões de gestão e apoio à decisão política.

Para este trabalho contribuíram também a Dra. Isabel Andrade e a Dra. Otília Duarte a quem agradeço, respectivamente a revisão bibliográfica e do texto em geral.

É igualmente devido um obrigado à Dra. Catarina Venâncio pelo envio pronto dos artigos sobre *balanced scorecard*, ao Prof. Emílio Imperatori que me emprestou o único exemplar do seu livro e ao Dr. Alexandre Diniz que comigo reflectiu sobre alguns dos assuntos aqui tratados.

Os conselhos do Dr. José Robalo que muito agradeço foram também particularmente úteis na revisão final do trabalho.

A minha equipa na DGS, Dra. Sara Silva, Isabel Azeredo e Leonor Martins, foram valiosas fontes inspiradoras.

Sublinho o apreço aos serviços académicos e apoio de secretariado da ENSP, em especial à Manuela Santos que foi inextinguível no envio de informação e na resolução dos assuntos burocráticos até à entrega deste trabalho.

Deixo também o meu tributo aos Colegas do II Mestrado de Gestão em Saúde, que me acompanharam na fase curricular, e me estimularam sempre a continuar.

Por fim, agradeço à minha família, em especial, aos meus Pais o ânimo contínuo para a conclusão deste trabalho, bem como o apoio logístico dado, e ainda ao meu terno marido, a enormíssima compreensão do esforço acrescido que o seu desenvolvimento implicou, a par de uma actividade profissional intensa, afectando a minha disponibilidade.

*“Faz da tua alma uma metafísica, uma ética e uma estética”*  
(Fernando Pessoa, 2007)

## SUMÁRIO

Este trabalho de projecto visa responder à questão de saber como gerir uma unidade de ética num serviço público central de saúde pública, “*de forma racional e informada*”, definindo os seus objectivos estratégicos (Baranger, citando Drucker, 1990) utilizando como caso de estudo o *Gabinete de Assuntos Jurídicos, Ética e Responsabilidade*, adiante designado por Gabinete, da Direcção-Geral da Saúde. Para o efeito, fez-se, em primeiro lugar, uma abordagem teórica descritiva das bases filosóficas da ética realçando a sua aplicação prática na determinação das características dos sistemas de saúde. Em seguida, analisa-se a utilização do conceito de ética no âmbito da Saúde Pública, no contexto da bioética, verificando-se elementos distintivos que parecem justificar a autonomização do conceito de ‘Ética em Saúde Pública’. Para tal, foram consultadas as principais fontes de princípios éticos em saúde, tais como a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Declaração de Helsínquia, bem como a Constituição da República Portuguesa e os Códigos Deontológicos das profissões de saúde. Nesta fase do trabalho é pesquisada, nas perspectivas nacional e internacional, a existência de unidades de ética, congéneres ou de âmbito similar, bem como respectivas áreas e níveis de intervenção, tendo-se nesse sentido auscultado as entidades idóneas dos Estados-Membros da União Europeia.

Na segunda parte do trabalho de projecto, desenvolveu-se o planeamento estratégico através da aplicação da metodologia *balanced scorecard*, apresentando-se uma proposta de objectivos estratégicos e iniciativas a serem desenvolvidas pelo gabinete de ética *sub judice*, para um horizonte temporal fixado em três anos. Da utilização desta metodologia resultaram doze objectivos estratégicos, dos quais se destacam: ‘fomentar a discussão ética’; ‘promover a igualdade dos utentes do SNS’; e ‘identificar prioridades de actuação’. Entre as iniciativas a desenvolver salienta-se o desenho de um questionário, a aplicar às comissões de ética do sistema de saúde com o objectivo de identificar prioridades de actuação do *Gabinete*.

O trabalho finaliza-se com as conclusões, recomendações e linhas de investigação que se considera deverem ser desenvolvidas, num futuro próximo, para o aprofundamento da matéria alvo deste estudo.

Palavras-chave: Ética, Saúde Pública, comissões de ética, planeamento estratégico, *Balanced Scorecard*

## ABSTRACT

This research-project aims to answer the question of how to manage a unit of ethics within the directorate-general of public health in a "rational and informed" way, defining their strategic goals (Baranger, quoting Drucker, 1990) using as case study the *Office of Legal Affairs, Ethics and Responsibility*, hereinafter referred as the *Office*, of the Directorate-General of Health. For this purpose, the first part of the study, includes a framework description of the main philosophical basis of ethics, emphasizing that its practical application determines the characteristics of health systems; the use of the concept of ethics of Public Health in the context of bioethics was analyzed, and distinctive elements were found that seem to justify the autonomy of the concept of 'Ethics of Public Health'. The main sources of this part were the fundamental ethical principles in health, such as the Universal Declaration of Human Rights, the Helsinki Declaration, and also the Constitution of the Portuguese Republic and the Codes of Ethics of the health professions. At this stage of the study a description is also made, at both a national and international perspective, on the existence of similar units of ethics or with similar scope, and their areas and levels of intervention. For the international dimension the appropriate bodies of the Member States the European Union were consulted.

In the second part of the research-project, a strategic planning for the *Office* was designed, using the *balanced scorecard* methodology, and a proposal of the strategic objectives and initiatives to be developed within a time schedule of three years are presented. The use of this method resulted in twelve strategic objectives, among which we note the following: 'to promote the ethical discussion'; 'to promote equality of users of the NHS'; and 'to identify priorities for action'. The design of a questionnaire to be answered by the ethics committees for health of the Portuguese health system, in order to identify priorities for the *Office's* activities is also presented in the study.

The work ends with the conclusions and recommendations, as well as a suggestion of lines for future research to further investigate the subject of this study.

Key-words: ethics, Public Health, ethics committees, strategic planning, *Balanced Scorecard*

## ÍNDICE

Lista de siglas e acrónimos	7
Lista de figuras	7
<b>Introdução</b>	
1. Ponto de partida: definição do problema	8
2. Objectivos e metodologia	
2.1 Objectivo principal	13
2.2 Objectivos complementares: parte teórica	13
2.3 Objectivos complementares: parte prática	14
2.4 Metodologia	15
3. Dificuldades encontradas	17
<b>I – PARTE TEÓRICA: ENQUADRAMENTO GERAL</b>	
Nota introdutória	18
<b>Capítulo I – A Ética: conceitos fundamentais</b>	
1. A Ética, das origens à actualidade	18
1.1 Análise etimológica	18
1.2 O renascimento da ética no séc. XX: factos históricos	19
2. Tipos de análise ética:	20
2.1 Ética Profissional	20
2.2 Ética Aplicada	20
2.3 Ética Social	21
2.4 A escolha do tipo de análise	21
3. Ética, Moral, Religião e Direito, distinção de conceitos	21
3.1 Ética e Moral	22
3.2 Ética e Religião	22
3.3 Ética e Direito	23
4. Niilismo e Relativismo	23
5. Principais teorias éticas	24
5.1 Utilitarismo	26
5.2 Ética Kantiana	28
5.3 Ética Comunitária	29
<b>Capítulo II – Ética em Saúde Pública</b>	
1. Aplicação prática das teorias éticas	32
2. Conceito de ética em Saúde Pública	35
2.1 Distinção relativamente ao conceito de Bioética	35
2.2 Distinção relativamente ao conceito de Saúde Pública	37
3. Identificação de questões éticas em Saúde Pública	40
4. Fontes de princípios éticos em Saúde	41
4.1 Declaração Universal dos Direitos do Homem	41
4.2 Declaração de Helsínquia	42
4.3 Direitos do Doente	43
4.4 Investigação em seres humanos	43
4.5 A Constituição Portuguesa	43
4.6 Medidas Excepcionais em Saúde Pública	44
4.7 Os códigos deontológicos das profissões de Saúde	45
<b>Capítulo III – Unidades de Ética na Saúde em Portugal</b>	
1. As Comissões de ética para a Saúde	47

1.1 Principais conclusões do inquérito realizado pelo Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto às Comissões de Ética para a Saúde em 2000/2001	48
1.2 Principais conclusões do inquérito realizado pela DGS às Comissões de Ética para a Saúde em 2008	49
2. A Comissão de Ética para a Investigação Clínica	49
3. O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida	50
4. O Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida	51
5. O Conselho de Ética da DGS	52
<b>Capítulo IV – Unidades de Ética na Saúde: perspectiva internacional</b>	
1. Organização das Nações Unidas	53
1.1 Organização Mundial de Saúde	53
1.2 Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura	55
2. Conselho da Europa	55
3. Comunidade Europeia	56
3.1 A Direcção-Geral da Saúde e da Protecção do Consumidor	57
3.2 O Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças	57
4. Centro de Prevenção e Controlo de Doenças do Governo Norte-Americano	58
5. Países da União Europeia	58
 <b>II – PARTE PRÁTICA: CASO DE ESTUDO</b>	
Nota introdutória	
<b>Capítulo V – Planeamento estratégico: bases conceptuais e metodologia adoptada</b>	
1. Estratégia	61
2. Planeamento em Saúde	62
3. <i>O Balanced Scorecard</i>	64
3.1 Descrição da aplicação do <i>Balanced Scorecard</i>	65
<b>Capítulo VI – Planeamento estratégico do Gabinete: 2010-2012</b>	
1. O Gabinete	67
2. Meio Envolvente	68
2.1 Análise de <i>Stakeholders</i>	68
2.2 Análise <i>SWOT</i>	71
2.3 Análise <i>PEST</i>	72
3. Missão, visão e valores	73
4. Vectores, perspectivas e objectivos estratégicos	74
5. Indicadores	76
6. Iniciativas	76
 <b>I – PARTE FINAL</b>	
1. Conclusões	78
2. Recomendações	79
3. Linhas de Investigação a desenvolver	79
Nota final	80
Bibliografia	81
Anexos:	
I - Lista das comissões de ética do sistema de Saúde	86
II - Organograma da Direcção-Geral da Saúde	92
III - Questionário a aplicar às comissões de ética para a saúde	93

## LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ARS (Administração Regional de Saúde)  
CDC (*Center for Disease Control and Prevention* – Centro de Controlo e Prevenção de Doenças EUA, Atlanta)  
cf. (Confira)  
CRP (Constituição da República Portuguesa)  
DR (Diário da República)  
DGPI (diagnóstico genético pré-implantação utilizado nas técnicas de PMA)  
DGS (Direcção-Geral da Saúde)  
ECDC (*European Centre for Disease Prevention and Control* – Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças)  
EUA (Estados Unidos da América)  
FAO (Organização de Alimentação e Agricultura)  
ILO (Organização Internacional do Trabalho)  
INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde)  
MS (Ministério da Saúde)  
PMA (Procriação Medicamente Assistida)  
ob. cit. (obra citada)  
OMS (Organização Mundial de Saúde)  
SH (*Stakeholders*)  
SIADAP – (Sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública)  
(SW) (*Swot – strength, weakness, opportunities, threats*)  
PEST (*policy, economic, social, technologic*)  
UE (União Europeia)  
UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura)  
UNHCHR (Gabinete do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos)  
WIPO (Organização Mundial da Propriedade Intelectual)

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Aplicação das teorias éticas na área da Saúde  
Figura 2: Risco e estratégia  
Figura 3: Planeamento em Saúde  
Figura 4: Intervenção de saúde  
Figura 5: Cronologia da DGS  
Figura 6: Identificação de SH  
Figura 7: Matriz de SH  
Figura 8: Classificação de SH  
Figura 9: Matriz SWOT  
Figura 10: Matriz PEST  
Figura 11: Mapa do Planeamento Estratégico  
Figura 12: Mapa de Indicadores

## INTRODUÇÃO

### 1. Ponto de partida: definição do problema

A Candidata<sup>1</sup> considera que a existência humana está inevitavelmente associada a princípios éticos. Estes princípios, ou a sua ausência, reflectem-se nas acções e omissões de cada indivíduo, ainda que, na maioria das vezes, sem plena consciência de que assim seja. São adquiridos através da interacção com a sociedade e vão-se modificando de acordo com a dinâmica da consciência colectiva e seus valores.

Assim, uma base ética é importante em qualquer actividade profissional, assumindo na área da saúde uma relevância mais delicada, na medida em que está em causa a vida de outros seres humanos, numa situação de assimetria de informação na relação médico-doente e havendo que equilibrar os custos relativamente à necessidade de assegurar a qualidade clínica. Neste sentido, Faria e Lupi (2009) observam que a boa governação clínica exige que estes dilemas sejam analisados e solucionados de forma integrada, preconizando-se que a ética discursiva deve converter-se em ética inclusiva, que articula três aspectos: a Ética Clínica, ligada à prestação de cuidados e ao doente, a Ética de Gestão, lidando com os aspectos da instituição de saúde como empresa, e a Ética Profissional, relacionada com o exercício das profissões de saúde.

Acresce que, se a actividade na área da saúde é realizada em nome do Estado, a favor dos restantes concidadãos, o enfoque nos princípios éticos reveste-se de uma importância ainda mais vital, pois há que assegurar equidade no acesso e na prestação de cuidados pelos serviços de saúde, tendo em conta as necessidades de cada um e os meios disponíveis. É talvez por isso que Campos (2008) sublinha que *“(...) o centro da política de saúde não pode ser nem o desempenho do sistema, nem o estatuto dos profissionais, nem a gula dos agentes económicos, nem os cometos mediáticos, nem a reforma do SNS, nem o défice. O centro do sistema de saúde é o doente, o cidadão, o ser humano que trabalha e reside em Portugal.”*

As escolhas ou decisões que se tomam diariamente, ao nível político ou meramente operacional, afectam a saúde e a vida dos cidadãos, sendo da responsabilidade de todos contribuir para que essas decisões sejam eticamente correctas, socialmente aceites e legalmente fundamentadas. A este propósito, destaca-se a clarividência de Sakellarides (2009): *“À volta desta noção [‘governança’] tem-se tecido uma segunda ideia, a de “good governance” ou boa governança. Os preceitos da boa governança – inclusão, transparência e responsabilização (...) – vêm-se afirmando como referências éticas, essenciais para a democratização da saúde. Estas regras de boa governança obrigam assim todas as agendas políticas – são transversais a todas elas. Sem progressos em direcção a este quadro ético de boa governança, as políticas expressas não querem dizer muito.”*

Não parece que baste, portanto, para uma boa gestão em saúde, elaborar programas, definir objectivos e delinear cronogramas. É também essencial assegurar os recursos necessários à sua execução, acompanhá-la responsavelmente e verificar se foi concluída de acordo com o planeado, prestando contas ao cidadão dos resultados produzidos e informando-o da sua capacidade para intervir positivamente para o mesmo fim.

Neste processo, a Direcção-Geral da Saúde (DGS), dadas as suas atribuições no âmbito da promoção e protecção da Saúde Pública, poderá contribuir para o objectivo de proporcionar um referencial ético à tomada de decisões na gestão da saúde.

---

<sup>1</sup> À obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde pela ENSP, adiante designada simplesmente por Candidata.



Do reconhecimento da mais-valia deste contributo para suprir deficiências do sistema de saúde, evidenciadas durante a fase curricular do Curso de Mestrado de Gestão em Saúde, e da subsequente proposta apresentada à Candidata para criar e impulsionar uma unidade orgânica de nível central dedicada à ética em Saúde Pública, no âmbito da DGS, surgiu naturalmente a ideia para o tema deste trabalho, na perspectiva de tentar desenvolver algo com efectiva utilidade, ou seja, que pudesse ser posto em prática.

Na DGS as questões éticas têm vindo a ser tratadas indiscriminadamente, entre outros assuntos da competência das diversas unidades orgânicas. Contudo, existem áreas específicas como, por exemplo, as relacionadas com as comissões de ética para a Saúde, com a genética médica, ou com a informação de Saúde, relativamente às quais se sentiu, recentemente, a necessidade de assegurar um tratamento especializado.

Conforme resulta das palavras de Afifi e Breslow (1994), à medida que as condições de vida evoluem e que a ciência vai revelando a sua relação com a saúde, aumentam as expectativas da sociedade relativamente ao desenvolvimento da Saúde Pública.<sup>2</sup> E a recente pandemia de Gripe A (H1N1) veio precisamente demonstrar a necessidade de existência de uma base ética que sustente as decisões e escolhas de gestão, que sendo políticas, carecem de uma justificação técnica e de um fundamento social, eticamente conjugados, que sustentem decisões atinentes, por exemplo, ao universo a proteger, à forma de seleccionar os grupos prioritários para vacinação, às medidas a adoptar para informar sem alarmar e evitar a disseminação ou às acções a tomar perante a atitude e consequências dos actos dos profissionais de saúde que recusam a vacinação.

Com efeito, as situações que ameaçam a Saúde Pública, como as pandemias ou o bioterrorismo, podem implicar a restrição de liberdades individuais (no caso nacional, com a possibilidade de se impor uma medida de excepção com legitimidade legal<sup>3</sup>), fazendo emergir um conflito de interesses entre o individual e o colectivo, que implica a aplicação de princípios éticos. Tal como Faria (2008a) ensina, quando está em causa a aplicação de uma medida compulsiva em relação à saúde de um cidadão, existe um conflito de base entre a liberdade individual da pessoa em não querer tratar-se e a protecção da Saúde Pública, que deve ceder a favor desta última quando o exercício da liberdade individual de recusa de tratamento ponha em risco a saúde de terceiros. Este dilema evidencia a diferença entre os princípios do Direito Médico, que fazem prevalecer a autonomia da pessoa e o seu direito a recusar o tratamento, e os princípios do Direito da Saúde Pública, que admitem o afastamento da autonomia individual face à possibilidade de pôr em causa a vida ou a integridade física ou psíquica de terceiros, ou de uma população.

Em Portugal, a Lei<sup>4</sup> que veio estabelecer um sistema de vigilância em Saúde Pública criou a possibilidade de serem aplicadas pelo Ministro da Saúde medidas de excepção indispensáveis em caso de emergência em saúde pública, incluindo a restrição, suspensão ou encerramento de actividades ou a separação de pessoas doentes das que não o estejam, bem como a suspensão de meios de transporte ou mercadorias. Pode-se metaforizar, dizendo: a estrada é longa, mas até onde se deve ir? Ora, segundo Campos (2008), *“O ponto central de referência na elaboração de propostas de justiça social está relacionado com a necessidade de definir que igualdade procuramos, que desigualdades são aceitáveis e quais são completamente indesejáveis.”*

A gestão deste equilíbrio é exigida, mesmo após a aplicação de um quadro legal específico, como foi possível verificar com a entrada em vigor da nova Lei de prevenção do Tabagismo em Portugal, no dia 1 de Janeiro de 2008. De uma forma geral, culturalmente o acto de fumar não

---

<sup>2</sup> Tradução livre.

<sup>3</sup> Nos termos do art. 19.º da CRP, conforme melhor explicitado no n.º4.5 do Capítulo II.

<sup>4</sup> Lei n.º81/2009, de 21 de Agosto, cfr. art. 17.º

é explicitamente condenado, e ainda se reclama a aplicação desta Lei<sup>5</sup> em termos mais permissivos, apesar dos comprovados malefícios do fumo do tabaco para a Saúde. Importa, portanto, saber gerir eticamente o fundamento técnico relativamente à aceitabilidade cultural e social desta medida. A evidência científica, comprovada por vasta literatura, esclarece que o nível seguro de exposição ao fumo do tabaco é 0%. Por conseguinte, a necessidade de protecção da Saúde dos cidadãos legitima a exigência de restrição absoluta do fumo do tabaco em locais fechados, garantindo a sua aceitabilidade social, desde que devidamente esclarecida. Ou seja, a experiência mostra que a falta de fundamento ético das normas legais frequentemente exime informalmente o cidadão do seu cumprimento, pelo que deve imperar o bom senso. Neste sentido, Martin (2007) refere: *“Law has the capacity to provide wide-ranging duties and powers that could conceivably make the task of public health policy makers and practitioners far easier in face of serious disease pandemic.”*, sendo certo que *“(…) law that contravenes social conceptions of ethic human rights will not benefit public health”*.

Nas palavras de George (2004), a Saúde Pública, articulada com outros sectores, é uma alavanca impulsionadora do progresso. A sua amplitude abrange assim, para além dos problemas éticos típicos em torno do consentimento informado, dos direitos à informação, à privacidade e à confidencialidade em vida e após a morte, ou da opção pela limitação de um determinado tratamento, que se colocam diariamente no âmbito da prestação de cuidados, outras áreas de intervenção, ainda por desbravar em Portugal. Destaca-se, como exemplo, a regulamentação da actividade da prostituição, que poderia contribuir para a diminuição do número de casos de infecção pelo vírus de imunodeficiência humana<sup>6</sup> (VIH/SIDA), mas que iria causar controvérsia social.

Como se compreende, todas estas áreas de intervenção, de uma forma mais ou menos explícita, estão dentro do campo de actuação da unidade orgânica dedicada à ética em saúde da DGS, a qual tem como primeiro desafio definir os seus objectivos, respeitando o presente e o passado, seguindo, de forma esclarecida, na direcção da sua finalidade essencial que será, afinal, contribuir para dotar a tomada de decisão de uma componente ética sustentada.

Na medida em que a Saúde dos cidadãos, para além de um direito fundamental, é um factor de competitividade nacional, afigura-se que a gestão de uma unidade de ética em Saúde não pode impor-se a não ser pelos efeitos positivos que seja capaz de produzir na satisfação das necessidades dos cidadãos, dos prestadores e das unidades de saúde. Só então poderá ser reconhecida e valorizada a sua existência e manutenção. Até esse momento é uma experiência feita à custa da afectação de recursos do Estado, que devem ser responsabilmente geridos. Neste sentido, para afastar a possibilidade de contribuir para o papel de ‘Bei de Tunes’, que frequentemente é atribuído à Administração Pública segundo o entendimento de Campos (2003)<sup>7</sup>, e apesar do risco de apresentar um estudo de carácter exploratório sobre um tema pouco usual, aliando a ética à saúde pública e à gestão, julga a Candidata justificar-se este trabalho e a ponderação séria das suas conclusões para averiguar a utilidade expectável da nova unidade orgânica e a forma adequada de gerir a sua actuação.

---

<sup>5</sup> Lei n.º37/2007, de 14 de Agosto.

<sup>6</sup> Os dados do Relatório Infecção VIH/SIDA, ‘A Situação em Portugal. 31 de Dezembro de 2008. Doc 140’ do Departamento de Doenças Infecciosas do INSA revelam que 74,4% dos casos notificados corresponde a infecção por transmissão sexual (57,6% heterossexual e 16,8% homo/bissexual) e 16,8% a infecção por consumo de drogas, ob. cit. 2008.

<sup>7</sup> *“A AP é o objecto ideal da crítica superficial, cáustica, que analisa resultados, sem cuidar de conhecer o nexo de causalidade com as supostas causas. A Administração é o ‘Bei de Tunes’ para o mau comentarista político, a culpada de todos os fracassos da política mal alinhavada, o bombo da festa dos guardiães do erário público. A Administração é vítima de incompreensões, de exercícios catárticos de denegrimto, da maldição dos que a consideram a viver à custa deles”*, pág. 171. ob. Cit.

O seu enquadramento no âmbito do mestrado foi essencial para a sua viabilização, considerando as exigências ao nível da investigação, que não são compatíveis com o exercício normal da actividade quotidiana da unidade orgânica.

Assim, este estudo parte da reflexão conceptual e filosófica da Ética que conduz à ideia de 'Ética em Saúde Pública', desenvolvida pela Candidata e diferenciada do conceito de bioética, procurando conferir-lhe autonomia com vista à sua sistematização. Este pensamento parece ser partilhado por Fielding (1999), que afirma: *"The ethical dimension to public health must get more attention as we try to balance the rights and interests of individuals with those of communities and the larger society. Public health ethical issues are different than those of traditional biomedical ethics, which focus around the rights of individuals receiving treatment or participating in a clinical trial. The public health questions needing an ethical compass range from whether to allow human cloning, to requiring mandatory HIV reporting, to allowing managed care companies to constrain the amount of care provided and the extent to which resources should be preferentially re-directed at reducing systematic disparities in health access across population subgroups."*

Neste contexto, aborda-se a amplitude dos diversos conceitos de saúde pública, salientando-se a necessidade de abranger determinantes tão díspares como o consumo de tabaco e álcool, a promoção de estilos de vida saudáveis, a prevenção e tratamento das doenças crónicas e das doenças transmissíveis, a pobreza, o aumento da esperança de vida, a violência internacional, a exposição a fontes de radiação, entre outras, e ainda o papel da epidemiologia na identificação de questões éticas em Saúde Pública.

Segue-se a enumeração de fontes de princípios éticos em saúde, que incluem, entre outras, a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Constituição e uma análise sucinta dos códigos deontológicos das profissões de saúde.

Para perceber a existência de entidades que desenvolvam funções congéneres, a nível internacional e nacional, foi realizada uma pesquisa exploratória, apresentando-se o seu resultado. No plano internacional, referem-se as instituições com maior ligação a Portugal e com documentos mais relevantes nesta matéria, indicando-se a informação prestada à Candidata, pelas instituições de países da União Europeia relativamente à existência de unidades orgânicas dedicadas ao tratamento de questões éticas no âmbito dos respectivos ministérios da saúde. Internamente, estudou-se o objecto das comissões de ética para a saúde, do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida<sup>8</sup> e do Conselho Nacional da Procriação Medicamente Assistida<sup>9</sup>, ambos a funcionar na dependência da Assembleia da República, para além do Conselho de Ética para a Investigação Clínica, que depende do Ministro da Saúde,<sup>10</sup> e do Conselho de Ética, que se prevê vir a ser constituído no âmbito da DGS.

O conhecimento destes aspectos da envolvente da unidade dedicada à ética em Saúde Pública da DGS é essencial para a aplicação do *Balanced Scorecard* (BSC), através do qual se visa determinar a sua missão e objectivos estratégicos para um horizonte temporal de três anos, esclarecendo o seu posicionamento no âmbito da estrutura orgânica, e considerando o alinhamento adequado face às responsabilidades da DGS na execução do Plano Nacional de Saúde que, como Faria (2008b) salienta, 'se baseia nos valores e princípios fundamentais da dignidade humana, solidariedade, justiça social, empoderamento dos cidadãos, equidade, sustentabilidade e continuidade de cuidados'<sup>11</sup>.

Considerando a competência da nova unidade orgânica para promover o conhecimento em matéria de ética e responsabilidade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, foi dada especial atenção às comissões de ética do sistema de saúde, para as quais foi desenvolvido um

---

<sup>8</sup> Lei n.º 14/90 de 9 de Junho.

<sup>9</sup> Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho.

<sup>10</sup> Até à data as restantes Administrações Regionais de Saúde não criam mais comissões de ética.

<sup>11</sup> Tradução da autora, pág. 29. ob. Cit.

questionário, a fim de averiguar a necessidade de actualização do seu regime legal, bem como do tipo de apoio a prestar.

A convivência sã dos centros de decisão nacionais com actuação na área da ética em Saúde Pública pressupõe a inexistência de sobreposição de competências, para além de uma cooperação dirigida para a vertente em que o contributo de cada uma seja efectivamente considerado como uma mais-valia para o objectivo comum, isto é, o debate das questões éticas no âmbito da decisão com vista à obtenção de ganhos em Saúde.

Uma das áreas de cooperação que se evidenciam à partida é a produção legislativa, considerando-se, como demonstram Martin e Coker (2006a), que as leis de saúde pública devem reflectir a nossa sociedade, os seus valores e necessidades, devendo-se, por conseguinte, equacionar a sensação de falsa segurança jurídica, identificar as dificuldades que sejam susceptíveis de resolução por esta via e estabelecer prioridades de actuação.

A Candidata salienta que as múltiplas interrogações que o desenrolar deste trabalho suscitou não se encontram totalmente respondidas. Eventualmente, só o serão através da aplicação da sabedoria prática à pluralidade de culturas que convivem no sector da Saúde e que contribuem para o desenvolvimento das organizações com decisões tomadas em consciência.

A ética não se herda nem se pode impor, e esta sua nobreza é também a sua fraqueza. Na verdade, o risco da criação de uma unidade orgânica dedicada a esta problemática é imenso, dada a susceptibilidade de gerar conflitos com regimes, dogmas ou interesses que, por sua vez, podem tentar condicionar a gestão da sua actividade.

No entanto, perante o processo de transformação da realidade, é essencial apoiar eticamente a resposta aos desafios da sociedade moderna, considerando que a Saúde Pública já não corresponde à ideia de ausência de doença, mas ao conceito muito mais exigente de ‘completo estado físico e mental de bem-estar’<sup>12</sup>. Com efeito, os valores éticos da sociedade, inexoravelmente envolvidos no ciclo da vida da Humanidade, são por ela influenciados e alteram-se irremediavelmente, ainda que de uma forma lenta e silenciosa, mas ao mesmo tempo estruturante e consolidada. Em Portugal, veja-se o que aconteceu com o tema da interrupção voluntária da gravidez. Registou-se uma movimentação da opinião maioritária da população, que passou a admitir como motivo justificativo a opção da mulher, a par dos restantes requisitos que se mantêm, o que evidencia uma clara valorização da autonomia individual e a responsabilização por esta nova liberdade perante a sociedade. Esta alteração, implicando naturalmente medidas legislativas e de gestão, ao nível central e local, com vista à criação das condições necessárias à sua implementação, suscitou, e suscita ainda, várias questões no plano ético.

Este trabalho, pretende, assim, averiguar se a unidade de ética da DGS pode proporcionar o acesso a um palco para a reflexão deste tipo de questões, homenageando assim os que, conscientemente ou não, incluem reiteradamente a reflexão ética nas suas decisões.

Admitindo à partida a impossibilidade de analisar com a profundidade devida todas as interrogações, impõe-se a limitação do âmbito deste estudo, sem perder de vista o contributo para encontrar novas respostas e prosseguir os caminhos do conhecimento através de linhas de investigação identificadas. Assim, a pergunta-chave a que este trabalho visa responder é a seguinte:

**- Como gerir uma unidade de ética num serviço público central de saúde pública, “de forma racional e informada” (Baranger, citando Drucker, 1990), definindo os seus objectivos estratégicos, utilizando como caso de estudo o Gabinete de Assuntos Jurídicos, Ética e Responsabilidade da DGS?**

## **2. Objectivos e metodologia**

---

<sup>12</sup> Conceito de saúde adoptado pela OMS.

## 2.1 Objectivo principal

O objectivo principal deste estudo é responder à questão de saber como gerir uma unidade de ética num serviço público central de saúde pública, “de forma racional e informada” (Baranger, citando Drucker, 1990), definindo os seus objectivos estratégicos e utilizando como caso de estudo, conforme já referido, o Gabinete de Assuntos Jurídicos, Ética e Responsabilidade da DGS, adiante designado por Gabinete.

Dada a complexidade, carácter exploratório e pioneiro deste objectivo principal, foi necessário aplicar diversas ferramentas a fim de delinear um quadro geral, no âmbito do qual se espera concluir relativamente à pergunta inicial.

Quando se pergunta ‘como gerir’, há que ter uma ideia sobre o que é a gestão. Apesar de existirem vastíssimas definições diferentes, indicamos duas que se complementam e traduzem o essencial. Peter Drucker, nas palavras de Baranger (1990), define gestão como a decisão racional e informada, tornando precisos os objectivos a atingir, seleccionando e accionando os meios para que tal aconteça. Segundo Reis (2007), a gestão é a utilização de modo eficiente dos recursos (humanos e materiais) disponíveis ou angariáveis, tendo em vista a realização dos objectivos da organização, e desenvolve-se através de um processo que abrange o exercício de determinadas funções, suportadas por um conjunto diversificado de comportamentos que integram o papel dos gestores. Chega-se assim ao conceito de ‘gerir’ como a optimização do funcionamento das organizações através da tomada de decisões apoiadas na informação relevante com vista ao seu desenvolvimento e à satisfação dos interesses dos seus *stakeholders*<sup>13</sup>. No fundo, ‘gerir’ é ir além de fazer bem, é fazer as coisas certas de uma forma eficiente.

Deste modo, atente-se ao ensinamento de Reis (2007) sobre as duas dimensões independentes mas complementares da gestão: *conhecimento* (aquela em que se filia o processo) que associa investigação e teorias, conferindo-lhe uma validade universal, e *acção* que varia em função das atitudes e dos comportamentos que aplicam o conhecimento universal, segundo determinadas variáveis ou factores de contingência.

Nesta linha, as questões elaboradas para a preparação da resposta ao objectivo principal têm uma vertente cognitiva, relativamente ao objecto da unidade orgânica, às suas manifestações e meio envolvente, considerado nos planos nacional e internacional, de modo a averiguar a importância de actuar no plano ético, e saber quem o faz e como faz.

Obtido este conhecimento, parte-se então para a dimensão da acção, com recurso ao conceito de gestão estratégica, adiante explicitado, com vista a definir os fins que a unidade orgânica se poderá propor atingir, tendo em conta o meio envolvente descrito e os recursos de que dispõe. Após a caracterização da unidade orgânica, é planeada a implementação da estratégia através do *Balanced Scorecard*, que determina a definição da missão, visão e valores, a alinhar com os vectores, perspectivas e objectivos estratégicos, sendo, por fim, sugeridos indicadores para avaliação dos resultados alcançados e propostas algumas iniciativas, entre as quais se destaca o desenho de um questionário para aplicar às comissões de ética para a saúde.

## 2.2. Objectivos complementares: parte teórica

Para o desenvolvimento dos estudos descritos na parte teórica foram definidos os seguintes objectivos complementares:

- 1) Conhecer os fundamentos filosóficos da ética e as principais teorias que estão na sua base conceptual.  
Considera-se que o conhecimento destes fundamentos teóricos é essencial para a percepção das alternativas existentes na aplicação prática da ética em saúde pública e dos constrangimentos que se podem colocar; (Capítulo I)

---

<sup>13</sup> Consideram-se *stakeholders* todas as entidades com interesse na organização, desde os trabalhadores aos clientes, como adiante melhor se esclarecerá.

- 2) Averiguar a aplicação prática das teorias éticas.  
Visa-se com este objectivo encontrar escolhas que reflectam uma base, por exemplo, de tendência utilitarista ou consequencialista, que se traduzam em objectivos concretos; (1 do Capítulo II)
- 3) Estudar a possibilidade de autonomizar o conceito de 'ética em Saúde Pública'.  
Pretende efectuar-se uma análise comparativa com os conceitos de bioética e de Saúde Pública, nas perspectivas de diversos autores, propondo-se um conceito sustentado na ideia de saúde colectiva e nas suas relações com a liberdade, a responsabilidade e a equidade; (2 do Capítulo II)
- 4) Identificar questões de ética em saúde pública.  
Com recurso às bases essenciais da epidemiologia, abordam-se os princípios e critérios essenciais para a identificação de situações susceptíveis de colocar questões de 'ética em saúde pública'; (3 do Capítulo II)
- 5) Conhecer as principais fontes de princípios éticos em saúde.  
Para atingir este objectivo a pesquisa foi feita:
  - i) A partir da Literatura, da documentação disponível em sítios da internet, e do respectivo quadro legislativo, em particular, a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Declaração de Helsínquia, e outras em áreas relevantes como os direitos do doente e a investigação em seres humanos;
  - ii) A partir da Constituição e dos Códigos Deontológicos das profissões de saúde;
  - iii) A partir de legislação recente que versa esta matéria, sendo enunciadas as omissões do nosso ordenamento jurídico; (4 do Capítulo II)
- 6) Perceber que entidades, ao nível nacional e internacional, actuam neste contexto e quais as suas atribuições.  
No plano nacional, é analisado o regime legal das comissões de ética para a saúde, e seguidamente descritos os aspectos mais relevantes das comissões de ética nacionais que funcionam ao nível parlamentar e governamental, incluindo a referência ao Conselho de Ética da DGS, ainda não constituído. (Capítulo III)  
No plano internacional esta análise é dividida em duas partes: a primeira dedicada às instituições internacionais com que Portugal tem maior conexão e que nos servem de exemplo de boas práticas, tendo bastado, na maioria dos casos, a análise exploratória dos respectivos estatutos oficiais. Recorreu-se no caso da ONU ao esclarecimento de dúvidas através de contactos via e-mail com o respectivo Secretariado. A segunda parte reflecte o quadro relativo aos países da União Europeia que foi sendo desenhado a partir de pedidos de informação enviados directamente para organismos governamentais ou que actuam no âmbito da saúde. (Capítulo IV)

### **2.3. Objectivos complementares: parte prática**

Para o desenvolvimento dos estudos descritos na parte prática foram definidos os seguintes objectivos complementares:

- 1) Alcançar os conceitos de estratégia e de planeamento em saúde; (1 e 2 do Capítulo V)
- 2) Definir a metodologia para efectuar o planeamento estratégico do caso de estudo; (Capítulo VI).

## 2.4. Metodologia

Para dar resposta aos objectivos fixados para a parte teórica deste trabalho de projecto, recorreu-se, em geral, à análise qualitativa descritiva de tipo exploratório com revisão bibliográfica, considerada a metodologia mais adequada, pois *“Qualitative methods cannot answer questions such as ‘How many?’, ‘What are the causes?’, ‘What is the strength of the relationship between variables? It can, however, provide an understanding of how official figures are created through social processes”*, (Barbour, 2008).

Para dar resposta aos objectivos fixados para a parte prática deste trabalho de projecto, recorreu-se às seguintes metodologias:

- a) Para o primeiro objectivo foi elaborada a análise qualitativa descritiva de tipo exploratório de artigos científicos e dos conhecimentos teóricos transmitidos na fase curricular do Mestrado.

- b) Optou-se pelo *balanced scorecard* como metodologia para efectuar o planeamento estratégico face às suas vantagens ao nível do alinhamento da estratégia com os orçamentos, da melhoria da comunicação e motivação dos trabalhadores, e da facilitação da avaliação de desempenho, com vista à aplicação prática da base teórica da ética em Saúde Pública e das opções gestionárias que permitem garantir o desenvolvimento em termos adequados.

O BSC parte da definição da missão, visão e valores, que conduzem à definição dos vectores estratégicos, alinhados com as perspectivas clientes, recursos, processos e conhecimento, sendo a escolha dos objectivos estratégicos e respectivos indicadores efectuada em conformidade.

A aplicação do BSC inicia-se com a caracterização da unidade orgânica, considerando neste caso a estrutura onde se insere, os aspectos relevantes para o desenvolvimento da estratégia, e os recursos de que dispõe, ao nível financeiro e humano.

Incide depois o estudo sobre o seu meio envolvente, que se centra na dinâmica das relações que tem que estabelecer interna e externamente com os *stakeholders* (SH), complementada com a análise de forças, fraquezas, ameaças e oportunidades (SWOT) e com a análise da envolvente externa, cujo resultado irá orientar o plano estratégico.

Compulsada esta informação, procede-se à definição da missão, visão e valores estratégicos. A missão resume o essencial da actividade, tendo em conta as competências e convergindo os diversos planos de actuação, enquanto a visão estratégica é a visão ou reconhecimento pretendido a partir do exterior, numa perspectiva futura ideal, desejada e alinhada com a sua missão. Os valores estratégicos correspondem aos princípios que norteiam a actuação nas suas relações com os SH e constituem a base a partir da qual é construída a sua cultura organizacional.

A selecção dos vectores estratégicos, define as prioridades de actuação e é alinhada com quatro perspectivas ou estratégias de acordo com o modelo do BSC:

- Clientes: naturalmente dedicada aos SH, são aqui definidas as propostas que serão mais tarde responsáveis pela criação de valor e satisfação das suas necessidades;
- Processos: identifica os procedimentos ou sistemas a adoptar para criação de valor ou melhoria da qualidade;
- Conhecimento: procura captar o capital intelectual para apoiar o desenvolvimento do Gabinete;
- Recursos: é a função que suporta toda a actividade do Gabinete, constituindo a base material e humana da execução das suas iniciativas.

As quatro perspectivas assentam numa relação explícita: boa *performance* nos objectivos da aprendizagem, induzindo melhorias nos processos internos que, por sua vez, têm impacto nos resultados financeiros e geram melhorias na organização aos olhos dos clientes (Steiger et al., 2008).

Os objectivos estratégicos, ou seja, as metas que o caso de estudo se propõe atingir no horizonte temporal de três anos, são definidos, de forma alinhada com os vectores e com as perspectivas estratégicas. A execução dos objectivos estratégicos é prosseguida através de uma ou várias iniciativas, sendo a avaliação do seu cumprimento apurada através de indicadores, de acção ou de resultado, a monitorizar durante o horizonte temporal do planeamento estratégico.

- c) Uma das iniciativas apresentadas para o desenvolvimento dos objectivos estratégicos consiste na elaboração de um questionário a aplicar às Comissões de Ética do sistema de saúde, identificadas no Anexo I, desenhado de acordo com a metodologia que aqui se descreve:

Este inquérito visa compreender se o Decreto-Lei n.º97/95, de 10 de Maio, serve as actuais necessidades das comissões de ética para a Saúde (CES), e, por outro lado, que tipo de apoio estas comissões gostariam de obter de uma estrutura central.

Tem como finalidade complementar caracterizar os membros das CES, a actividade desenvolvida durante o ano de 2009 e perceber quais os preceitos legislativos do Decreto-Lei n.º97/95, de 10 de Maio, que maior necessidade têm de ser alterados e, se for caso disso, em que sentido.

Para análise dos objectivos foram construídas as seguintes hipóteses:

- O Decreto-Lei n.º97/95, de 10 de Maio, serve as actuais necessidades das comissões de ética para a Saúde;
- As comissões de ética para a saúde gostariam de obter apoio de uma estrutura central.

Assim, foram identificadas as seguintes variáveis independentes:

- 1) Formação dos membros da comissão
- 2) Idade dos membros da comissão
- 3) Sexo dos membros da comissão
- 4) N.º de pareceres elaborados
- 5) Objecto dos pareceres elaborados
- 6) N.º de pareceres sobre projectos de investigação
- 7) N.º de projectos de investigação por tipo de promotor
- 8) N.º de projectos de investigação por sexo do promotor
- 9) N.º de projectos de investigação por idade do promotor
- 10) N.º de projectos de investigação financiados
- 11) N.º de projectos de investigação financiados por tipo de entidade financiadora
- 12) N.º de projectos de investigação por área profissional do promotor
- 13) N.º de projectos de investigação por área de investigação
- 14) N.º de comunicações recebidas da CEIC sobre ensaios clínicos
- 15) Satisfação das necessidades das CES pelo Decreto-Lei n.º97/95
- 16) Alteração da composição legal das CES
- 17) Revisão do objecto legal das CES
- 18) Matérias do Decreto-Lei n.º97/95 a rever
- 19) Partilha de informação com outras CES
- 20) Existência de Código de Ética
- 21) Apoio a obter da DGS



Antes do seu lançamento deve ser submetido a um painel Delphi, ou seja, a um conjunto de peritos seleccionados com conhecimentos na área, que se pronunciem sobre se as questões que constam no questionário conseguem efectivamente medir aquilo que se pretende e relativamente ao teor das questões colocadas.

Seguidamente deve realizar-se o pré-teste, usando para o efeito 6 comissões de ética em saúde, 4 do sector público e 2 do sector privado, considerando que existem cerca de 60. As comissões de ética em saúde que participarem no pré-teste podem participar no inquérito, desde que seja salvaguardado que o membro que respondeu ao pré-teste não seja o mesmo que irá preencher a resposta no questionário.

Os testes estatísticos a serem utilizados na análise das respostas vão depender dos tipos de variáveis que se irão querer comparar.

Neste pressuposto, por exemplo, para analisarmos a associação entre as variáveis, devem ser aplicados testes de independência de Qui-quadrado, que verifica a hipótese nula de duas variáveis qualitativas serem independentes. Se o valor da significância associada ao valor do teste for inferior a um nível de rejeição escolhido (5% ou 0,05), rejeita-se a hipótese, significando isto que existe evidência de associação entre as variáveis.

Na análise de tabelas de contingência 2x2, em que cada variável tem duas categorias, não devem existir células com frequência esperada inferior a 5, devendo então fazer-se uso do teste exacto de *Fisher*.

Para o estudo da associação entre as variáveis de natureza quantitativa devem ser utilizados testes *t* de *student* de diferenças de médias para amostras independentes, desde que sejam verificadas as respectivas condições de aplicabilidade, isto é, a variável da escala contínua segue uma distribuição normal em cada um dos grupos de estudo e existe homogeneidade das variâncias da variável de escala contínua nos grupos.

Quando uma ou ambas as condições de aplicabilidade não se verificarem, deve utilizar-se a alternativa não paramétrica, ou seja, o teste *Mann-Whitney*.

Este inquérito deve ser aplicado a todo o universo de comissões de ética do sistema de saúde que constam do Anexo I, pelo que não há necessidade de definição da amostra.

Este questionário deve ser preenchido através de um formulário on-line, de forma anónima, sem possibilidade de identificar a comissão de ética respondente.

### **3. Dificuldades encontradas**

O facto de se tratar de um trabalho pioneiro implicou um esforço acrescido na selecção e desenvolvimento das metodologias adequadas ao cumprimento de cada objectivo. Salientam-se ainda as dificuldades de comunicação com os outros países europeus, desde a identificação de um meio de contacto, até à obtenção na respectiva resposta que em algumas situações foi enviada na língua nativa, e noutras não foi respondido de todo.

## I – PARTE TEÓRICA: ENQUADRAMENTO GERAL

### Nota introdutória

Inicia-se este estudo introduzindo as teorias filosóficas mais importantes que estão na base do conceito de ética, considerando-se o seu conhecimento como fundamental para a percepção das opções a que nos conduzem, quando se procede à sua aplicação prática. Neste âmbito, salienta-se a importância da distinção do conceito de Ética relativamente a Moral, Religião e Direito, fazendo-se também uma síntese do Utilitarismo e da Ética Kantiana.

Aprofunda-se o conceito de ‘Ética em Saúde Pública’, que se procura distinguir do conceito de bioética, mas em que se reconhecem convergências com o conceito de Saúde Pública, pelo menos na maioria das definições que ao longo do tempo têm sido propostas. Descreve-se o processo de identificação de questões éticas em saúde pública, aplicando uma base epidemiológica aos princípios da precaução, da liberdade e da responsabilidade.

Enumeram-se as principais fontes de princípios éticos em saúde, destacando-se a Declaração Universal dos Direitos do Homem e a Constituição, reflectindo-se sumariamente sobre as normas deontológicas das profissões de saúde.

É, por fim apresentada uma panorâmica nacional e internacional das entidades dedicadas à ética em Saúde, percorrendo-se a orgânica das principais organizações que actuam neste domínio, a fim de averiguar a existência de unidades orgânicas dedicadas especificamente à ética.

Sempre que oportuno, antecipam-se as conclusões sobre os assuntos explanados.

## CAPÍTULO I

### A ÉTICA: CONCEITOS FUNDAMENTAIS

#### 1. A Ética, das origens à actualidade

##### 1.1 Análise etimológica

A palavra ‘ética’ esteve muito tempo reservada à linguagem dos filósofos, como faz notar Bernard<sup>14</sup> (1990). E a palavra ‘moral’, frequentemente utilizada no léxico comum, entrou em desuso há cerca de 40 anos. “(...) enquanto a moral se desvanece, a ética nasce, ou melhor renasce”<sup>15</sup>, no discurso político, nas ciências, com uma pluralidade de aplicações.

Estas expressões não são sinónimas, embora sejam frequentemente utilizadas nessa assumpção.

A Enciclopédia Portuguesa e Brasileira define ‘ética’, “(...) quando encarada como ciência, como sendo a que tem por objecto o juízo de apreciação enquanto aplicado à distinção do bem e do mal”<sup>16</sup>. Ética pode ser, assim, o modo de ser ou o carácter do homem quando se expressa e se relaciona com os outros e a sociedade.

<sup>14</sup> Foi Presidente da Comissão Francesa para a Ética das Ciências e da Academia das Ciências francesa.

<sup>15</sup> Pág. 27. ob. cit.

<sup>16</sup> Pág. 596, “(...) Entre os filósofos estrangeiros vemos o termo aplicado a três principais conceitos, a saber: 1.º, o conjunto das prescrições admitidas numa época e numa sociedade determinadas, o esforço

Segundo Renaud (2002), *"Para o filósofo, a ética implica uma reflexão sobre o agir livre, sobre a sua orientação global, sobre a sua livre execução, sobre a relação que mantém com as leis ou normas consideradas como devendo ser formuladas e respeitadas"*. Neste sentido, a ética distingue os valores que estão em causa *in casu* e estabelece fundamentadamente a sua hierarquia, a título de proposta teórica, isto sem qualquer possibilidade de formular uma decisão, na medida em que o acto de decidir compete ao agente instado a agir.

Bernard (1990) explica que 'ética' deriva da palavra grega *ethos*, mas que se deve distinguir 'èthos' e 'éthos': 'èthos' significa hábitos e costumes e 'éthos' o lugar correcto de todas as coisas. Os romanos traduziram o *ethos* grego para o latim *mos* (ou no plural *mores*), que quer dizer costume, e deu depois origem à palavra moral. Tanto *ethos* como *mos* indicam um tipo de comportamento humano que não é inato, mas que se desenvolve durante a vivência do Homem.

## **1.2 O renascimento da ética no séc. XX: factos históricos**

Bayer (2007) faz uma pequena descrição do renascimento recente da Ética, que aqui se resume. Durante os anos 20 e 30, o positivismo lógico, baseado no pensamento empírico tradicional e no desenvolvimento da lógica moderna no sentido da restrição do conhecimento à ciência, invocou que a ética não permite a análise e discussão razoáveis porque os princípios éticos não são verdadeiros ou falsos, mas substancialmente expressões de sentimento.

Nos anos 50, os filósofos abordaram o estudo da ética em termos morais, numa lógica de deveres, direitos e obrigações, usando-a para a discussão substantiva de problemas éticos e sociais.

A década de 60 foi rica em acontecimentos que despertaram uma nova alteração do pensamento. Martin Luther King, em 1963, faz o célebre discurso 'Eu tenho um sonho' e, em 1964, torna-se na pessoa mais jovem a receber o Prémio Nobel da Paz, em reconhecimento à sua liderança na resistência não-violenta e pelo fim do preconceito racial nos Estados Unidos. Estudantes manifestaram-se em várias cidades do Mundo em nome da luta pela defesa dos direitos humanos exigindo o fim da guerra do Vietname. A revolução industrial levou à especialização e as profissões tornam-se mais técnicas e científicas, perdendo a ligação com os respectivos códigos éticos e tradições. Surgem novos tipos de direitos relacionados com a saúde da mulher, reclamados a partir do movimento feminista que questiona o paternalismo médico, exige mais informação em saúde, a prática do consentimento informado e a participação activa e pessoal na prestação dos cuidados de saúde. O conhecimento dos julgamentos de Nuremberg (1945), bem como de outros escândalos envolvendo experiências médicas em seres humanos e os avanços tecnológicos nas áreas da medicina e da ciência biomédica, desde a psico-cirurgia e do controlo comportamental até à fertilização "in vitro", passando pelos tratamentos de suporte de vida, suscitaram-se novas questões e dilemas éticos que careciam urgentemente de resposta, e direccionaram, de alguma forma, a nova área da ética prática para a regulamentação da investigação clínica.

No entanto, nesta época, assuntos relacionados com decisões governamentais na área da política externa, saúde, equidade e pobreza, e mesmo questões relativas à discriminação racial e de género ou à pena de morte, ainda eram discutidas fora do plano estritamente ético.

Assim, durante o período de conflito social entre 1965 e 1975 as questões éticas foram debatidas em termos de objectivos sociais, direitos humanos e justiça, sem que tenha sido possível formar um consenso sobre os objectivos éticos e os meios a utilizar para os atingir. De

---

*para se conformar com essas prescrições, a exortação a segui-las; 2.º, a ciência de facto que tem por objecto o procedimento dos homens, abstraindo dos juízos de apreciação que se fazem sobre tal procedimento; 3.º, a ciência que tem por objecto imediato os juízos de apreciação sobre os actos qualificados como bons ou como maus."*

todo o modo, ficou marcada a ideia de que o estudo da ética poderia contribuir para a condução da vida e da governação.

Neste período, foi produzida extensa Literatura sobre diversas matérias da ética e bioética, incluindo a relação médico-doente, confidencialidade, consentimento informado, experimentação médica, definição da morte, eutanásia e suicídio assistido, manipulação e testes genéticos, interrupção da gravidez, reprodução assistida e outras. Estes temas foram analisados na perspectiva da saúde pública, ou, numa perspectiva mais individualista, da ética biomédica, mas assuntos como política do álcool, drogas ou violência doméstica pareciam improváveis de serem tratados nos textos de ética médica.

Ora, esta relação de equilíbrio entre o indivíduo e o colectivo ou a sociedade vai além da medicina e da saúde pública, e enquadra-se na teoria ética política chamada liberalismo, em que convivem, como seria de esperar, perspectivas éticas diferentes.

## **2. Tipos de análise ética**

A ética é transversal e reflecte-se de formas diversas em diferentes domínios da sociedade, sendo necessário aplicar diferentes tipos de análise, consoante os temas tratados.

Bayer (2007) fornece-nos uma classificação que permite distinguir e clarificar as diferentes perspectivas éticas, ainda que concomitantes. Cada tipo de análise pode ser indicado para o estudo de uma situação em particular, individualmente ou em conjunto com outra.

### **2.1 Ética Profissional**

A análise Ética Profissional concretiza os valores e padrões desenvolvidos no âmbito de determinada profissão por um longo período de tempo, e identifica os princípios mais importantes inerentes ao seu exercício, bem como a sua missão central. Constrói ainda um conjunto de processos e padrões que protegem a dignidade e a legitimidade que a profissão deve manter.

Esta análise, quando aplicada à saúde pública, deverá centrar-se em todas as profissões exercidas no seu âmbito e que incluem não apenas os chamados profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, etc. – mas também todos aqueles que exercem a sua profissão na vertente da saúde pública, como gestores ou economistas, juristas, informáticos, engenheiros ou mesmo jornalistas, etc. Também há profissionais de saúde que se dedicam a áreas distintas da saúde, pelo que o que importa procurar neste exercício são os padrões da saúde pública nas funções exercidas, independentemente da formação requerida, da sua natureza, ou mesmo do sector em causa, vendo-se a saúde pública como uma área de actividade específica, ainda que influenciada em cada caso pelos valores originais da profissão, autonomamente ditados na sua maioria pelas respectivas ordens ou associações profissionais. Assim, os códigos deontológicos das profissões de Saúde contêm fontes de princípios éticos em Saúde, que adiante vão ser objecto de atenção.

### **2.2 Ética Aplicada**

Esta perspectiva difere da Ética Profissional centrando-se fundamentalmente num ponto de vista exterior à história e valores da profissão. A partir deste ponto de vista moral e social mais genérico, a Ética Aplicada procura distinguir processos gerais e padrões que podem ser aplicados à vida real da conduta profissional e do processo de decisão. Estes processos servem para orientar os profissionais, mas também para informar ao público os padrões de referência que são eticamente admissíveis aos profissionais. A Ética Aplicada procura realizar a análise

abstracta de teorias éticas genéricas, não se focando no conhecimento base da profissão. A ênfase tende, portanto, a ser sobre a conduta profissional e não sobre as virtudes de carácter profissional.

Neste âmbito, destaca-se o importante papel que continuam a desempenhar as associações ou ordens profissionais, mas também os centros de decisão que nos planos técnico, de gestão ou político, determinam os processos e padrões da conduta profissional, como as universidades, os tribunais, as entidades reguladoras e também a Direcção-Geral da Saúde.

### **2.3 Ética Social<sup>17</sup>**

A Ética Social não possui o pendor fortemente teórico ou académico que a Ética Profissional ou a Ética Aplicada têm. É uma forma de apoiar e defender os objectivos e as reformas sociais propostas, com vista a melhorar a saúde pública e o bem-estar, especialmente no caso dos cidadãos menos favorecidos. Esta análise acompanha as prioridades naturais da Saúde Pública e tem uma forte orientação para a equidade e justiça social. Muita da investigação em Saúde Pública demonstra que a carência social, iniquidade, pobreza e falta de influência (poder) estão directamente relacionadas com a falta de saúde e o peso da doença.

Neste âmbito, salienta-se a crescente influência do movimento internacional em defesa dos direitos humanos para o desenvolvimento na Saúde Pública.

Este tipo de análise ética é frequentemente aplicado neste trabalho, considerando-se que o Gabinete deverá ter sempre presente a perspectiva da defesa e o apoio primordial das actividades que fomentem a equidade social.

### **2.4 A escolha do tipo de análise**

Apesar do esforço de destrição do tipo de análise, importa reconhecer que na actual discussão, pública e académica, de questões éticas no âmbito da saúde pública encontram-se apreciações que incorporam indistintamente as três perspectivas enunciadas. E mesmo no campo filosófico, a combinação destas três abordagens é a mais usual, pois nenhuma perspectiva é suficientemente abrangente para, individualmente, captar a riqueza e a complexidade da Saúde Pública. A abrangência da actuação da Saúde Pública e a sua importância, numa visão local ou *maxime*, na preservação da Humanidade, carece do contributo de todas as ciências.

Daí que o pensamento ético em Saúde Pública tenha de ser historicamente informado e orientado para a prática, ampliando os valores sociais e tendências culturais que suportam, para a cabal compreensão dos problemas que em cada momento for necessário enfrentar. A ética de Saúde Pública deve ser capaz de se focar simultaneamente nos factores biológicos e químicos do corpo e seu ambiente natural, no comportamento individual, assim como nos efeitos na Saúde de procedimentos institucionais e de atitudes sociais ditadas por estruturas culturais consolidadas.

Cada uma destas perspectivas, analisada na óptica da saúde pública, gera um conjunto comum de ferramentas conceptuais, processos, ideias e teorias éticas diferentes.

## **3. Ética, Moral, Religião e Direito, distinção de conceitos**

Não existe uma abordagem universal do conceito de ética, e tentar alcançar uma definição consensual revelou-se um trabalho penoso e inglório, dado que cada definição é subjectiva e contém elementos válidos e importantes, mas específicos da realidade de cada autor, como:

---

<sup>17</sup> A expressão original do autor é “*Advocacy Ethics*”, traduzida por ‘Ética Social’, que parece ilustrar melhor a ideia do que ‘Advocacia da Ética’, aceitando-se que haverá uma denominação mais adequada.

liberdade, igualdade, equidade, justiça, direitos humanos, o bem e o mal, crenças e regras, a que se acrescenta dever e responsabilidade. Por isso, nenhuma parece ser capaz de captar a essência completa que o conceito de ética deve incluir.

Assim, procurando concretizar o conceito que depois cada um completa, integrando a sua visão subjectiva dos valores referidos, interessa pelo menos distinguir este conceito de 'Moral', 'Religião' e 'Direito', que frequentemente lhe surgem associados, por força da sua estreita relação com estas fontes do discurso cultural, espiritual e normativo.

### 3.1 Ética e Moral

No Dicionário Priberam, a palavra Ética é definida como podendo ter dois significados: i) parte da Filosofia que estuda os fundamentos da moral e ii) conjunto de regras de conduta. Para a palavra Moral são apontados 12 significados: i) ciência dos deveres do homem, ii) bons costumes, iii) princípios morais, iv) honestidade, v) susceptibilidade no sentir e no proceder, vi) estado do espírito, vii) sentimentos ou estado do coração; viii) modo de proceder, ix) relativo à moral, x) que procede com justiça, xi) não físico nem material, espiritual ou estado moral, xii) doutrinal.

Mora (1991) apresenta apenas a ideia de que os termos ética e moral são utilizados indistintamente, apesar de o conceito de moral ter usualmente uma significação mais ampla.

Já se referiu o conceito de Ética vertido na Enciclopédia Portuguesa e Brasileira como ciência que tem por objecto o juízo de apreciação enquanto aplicado à distinção do bem e do mal. Para a palavra "Moral" no sentido filosófico do termo é citado: *"Tomaremos aqui a palavra moral no sentido de ética, ou seja, de doutrina racionalmente elaborada e sistematizada sobre os princípios práticos da vida, sobre o bem e sobre o mal"*.

Será a ética o conjunto de princípios ou valores consensualmente aceites que regulam as relações sociais e a conduta do Homem?

Lobo Antunes defende que: *"Uma ética desejável será aquela que considera o contexto histórico; substancialmente interdisciplinar; mais filosófica e menos redutora; não concentrada só na dimensão académica; leigada a questões mais vastas de valores, e não ignorando os valores culturais; preocupada com a justiça social; mais voltada para a análise de situações éticas reais"* (Antunes, 2010).

Não obstante, a Candidata não encontrou, nos documentos publicados pela Organização Mundial da Saúde, uma definição de Ética ou de 'ética em saúde pública'.

Observa-se, portanto, que a expressão ética se refere geralmente a um conjunto de normas, processos, valores e teorias, mas por força da sua origem etimológica atrás referida, tipicamente na área da filosofia é utilizada para indicar um estudo sistemático de conceitos e teorias morais. Apesar disso, por vezes, outros filósofos usam o termo moralidade para significar ética no sentido descritivo, ou seja, crenças de grupos sociais específicos sobre o bem e o mal, reservando o termo ética (ou ética teórica) para o objecto da disciplina da filosofia.

### 3.2 Ética e Religião

Para muitas pessoas, a moral identifica-se com a religião, obviamente porque todas as grandes religiões – judaísmo, cristianismo, islamismo, hinduísmo e budismo – contêm ensinamentos éticos, e o fundamento ético da virtude social está baseado em ideais religiosos.

Contudo, não existe necessariamente uma ligação entre ética e religião. Uma pessoa pode ser ética e não crente, ou seja, pode agir totalmente de acordo com os princípios de uma dada religião sem acreditar nela ou mesmo tomar consciência disso. Por outro lado, uma ética completamente secular é perfeitamente possível, embora, duvidosamente, coincida totalmente com quaisquer ensinamentos religiosos.

Acresce que os processos religiosos podem eles próprios ser avaliados do ponto de vista moral, como por exemplo, no caso da ordenação das mulheres nas diversas religiões monoteístas. Assim, a avaliação moral não é exclusiva do foro religioso; se o fosse, excluiria a religião desta mesma avaliação

### 3.3 Ética e Direito

A lei prevê regras que ditam a forma como os cidadãos se devem comportar. Reflete o consenso moral da sociedade em diversos temas, como: transplante de órgãos, interrupção voluntária da gravidez ou procriação medicamente assistida, entre outros.

A interpretação da lei requer frequentemente uma análise normativa ética, tal como evidenciam as decisões jurídicas (acórdãos de Tribunais) e a doutrina. Por exemplo, em sede criminal, a decisão judicial que determina a exclusão da culpa ou da ilicitude, a determinação da medida da pena, ou a opção pela pena de admoestação, implica sempre a análise moral prévia da matéria de facto, a avaliação do nexo de causalidade estabelecido relativamente aos factos imputados ao arguido e a ponderação das circunstâncias atenuantes ou agravantes.

A lei pode também ser vista como limite do que se pode ou não pode fazer. Uma intervenção cirúrgica que seja realizada sem o prévio consentimento informado do doente constituirá muito provavelmente um crime de ofensas corporais. Contudo, embora os dispositivos legais possam determinar o que pode ou não ser feito, e até sejam relevantes para a decisão moral, a lei determina a moral tanto quanto a religião. Com efeito, tal como os ensinamentos religiosos podem ser questionados na sua moral, também o pode a lei, e da mesma forma. Por vezes, este exercício determina a alteração da lei. Outras vezes, a lei pode ser violada de forma consentida num contexto específico, inclusivamente do ponto de vista ético (legítima defesa).

### 4. Niilismo e Relativismo

Para além das principais teorias éticas, existem movimentos ou conceitos filosóficos que assumem posições extremadas, entre a valorização do nada e de cada cultura em si própria, representando um desafio para a ética, como Bayer (2007) procura demonstrar relativamente ao Niilismo e ao Relativismo.

O Niilismo é a negação de tudo, de todos os princípios políticos, sociais e religiosos. É o cepticismo elevado ao seu expoente máximo, perda de crenças, de paradigmas, de normas, sua fundamentação e aplicação, na dimensão teórica e prática. Dostoevski ilustrou esta teoria com a célebre frase: *“Se Deus está morto, então tudo é permitido”*. O niilismo ético assenta na convicção de que a realidade moral não existe e pode assumir várias formas. Segundo uma das abordagens, a moralidade é uma simples ilusão, tal como a religião e, portanto, é algo que se deveria ultrapassar. Contudo, isto implica que não haja nada de realmente mau como, por exemplo, violentar, torturar e assassinar uma criança. Por conseguinte, esta teoria não pode ser levada a sério. Outra abordagem mais plausível defende que a moralidade simplesmente reflecte o interesse dos que têm poder. Esta visão, original da *“República”* de Platão e depois reflectida na teoria marxista, bem como na teoria crítica legal contemporânea e no pós-modernismo, admite que as leis, as instituições da sociedade, bem como as suas crenças morais são tipicamente formuladas e divulgadas pelas pessoas com o poder, que impõem a promoção do seu interesse próprio e levam as massas a acreditar que é moralmente exigível realizar aquilo que lhes é pedido para fazer. Este tipo de cinismo acerca da moralidade parece ser mais plausível em regimes totalitários, mas em democracia pode também existir uma tentação do criticismo, ou seja, pode ser invocado que o que é definido como objectivo moral é apenas interesse próprio disfarçado. Por exemplo, pessoas com empregos bem pagos ou outras fontes de rendimento podem ver o seu estatuto económico como algo para que

trabalharam e que, portanto, moralmente, o merecem, enquanto os que não têm este estatuto podem olhar para eles como beneficiários mais sortudos de um sistema económico injusto, que lucra com a existência das classes menos favorecidas. Não há para este exemplo, objectivamente, uma resposta moral correcta, mas apenas o interesse próprio de cada parte. Pode-se reconhecer a habilidade dos que estão no poder para controlar comportamentos, ideologias, a interpretação da história, e admitir que o interesse próprio pode enviesar as crenças morais, mas tal não significa que a moral seja apenas a expressão do interesse dos que têm poder. É possível distinguir entre a moral convencional, que abrange as regras e valores correntemente aceites, e a moral ideal ou crítica, que pode ser utilizada para analisar a moral convencional. Se a moral fosse apenas o interesse dos poderosos, então seria impossível condenar por razões morais as comportamentos e as políticas dos poderosos, como a teoria marxista tenta fazer. A existência do criticismo social inteligível repousa na possibilidade de uma moralidade ideal ou crítica que não pode ser identificada com os poderosos.

O relativismo ético defende que a moralidade é relativa às tradições, valores, padrões e regras de uma determinada cultura. O que é certo para uma cultura, pode ser errado para outra. Por exemplo, a prática de sexo pré-matrimonial pelas mulheres é incentivada em algumas culturas africanas<sup>18</sup>. Não há, portanto, forma de determinar qual a cultura que está correcta, e colocar a questão nem sequer faz sentido porque a resposta difere consoante cada cultura.

A maior vantagem do relativismo ético é a sua capacidade para explicar a variação entre crenças morais e costumes no Mundo. O relativismo ético parece superior a uma concepção absoluta da moralidade, que mantém um código moral como verdade e quaisquer divergências como imoralidades.

Outro ponto a favor do relativismo é o facto de reconhecer que as crenças morais e práticas só podem ser compreendidas no contexto da respectiva cultura, à luz das condições vividas e dos seus significados simbólicos. Quanto mais se compreender uma cultura, menor probabilidade temos de interpretar erradamente as suas crenças morais. Ao mesmo tempo, o relativismo ético tem consequências difíceis de aceitar, como é o caso da cultura nazi que já predominou. Ou seja, o facto de uma cultura considerar algo como moralmente correcto não quer dizer que realmente o seja. Nesta medida, surge naturalmente a interrogação sobre se haverá uma forma de reconhecer variações nas crenças morais sem questionar se o que as pessoas pensam que é certo, será realmente certo, mas apenas para elas? Apesar da variação de pontos de vista entre culturas, é menos claro que essa variação exista relativamente a princípios fundamentais da moralidade, como mentir, roubar, assaltar e matar, actos que parecem ser universalmente condenáveis, pois nenhum grupo pode subsistir se a desconfiança e a agressão forem genericamente praticados.

## **5. Principais teorias éticas**

O estudo da ética e da moral pode ser dividido em duas partes, como refere Bayer (2007). A ética normativa, que fornece uma base teórica descritiva de como deve ser o comportamento das pessoas, e a metaética, que analisa o sentido de termos centrais utilizados no discurso ético como 'bom', 'direito', 'dever', ou 'obrigação'. Estas duas partes não são estanques, na medida em que as questões normativas frequentemente instigam a interpretação de conceitos.

Salienta-se a este propósito a discussão desenrolada na sequência da aprovação da norma que determinou o pagamento de taxas moderadoras, em caso de internamento e cirurgia de ambulatorio nos hospitais do SNS. Ora, estas taxas, até pelo seu baixo valor, não podem pretender financiar o SNS, nem tão pouco compensar a respectiva despesa, caso em que teriam de ter em conta a patologia e farmacologia em causa. Assim, uns defendem que se

---

<sup>18</sup> Bayer (2007) refere Margaret Mead 'Adolescência, Sexo e Cultura em Samoa' (1928).



trata de uma medida que visa moderar o acesso, de forma idêntica à das restantes taxas moderadoras em vigor, e que é praticada em vários outros países; outros entendem que a existência deste pagamento não faz sentido, porque ‘ninguém é operado porque quer’ e, além disso, é incompatível com o nosso Sistema de Saúde nos termos consagrados na Constituição, ou seja, tendencialmente gratuito<sup>19</sup>. Na base deste confronto de argumentos está, para além da questão ética inerente ao facto de se criar um novo pagamento obrigatório, ou seja, uma nova obrigação para o cidadão, a questão suscitada pela análise de conceitos como ‘taxa moderadora’, ‘tendencialmente gratuito’ ou mesmo ‘obrigação’. Parece portanto que este exemplo demonstra claramente que a análise conceptual faz parte da análise ética.

As teorias éticas normativas são genericamente de dois tipos: consequencialistas e deontológicas. As primeiras baseiam a justificação moral entre o certo e o errado de uma acção ou atitude nas suas consequências, efeitos ou resultados. Ou seja, o factor decisivo da acção moral não é a intenção, abstractamente considerada, o procedimento, ou a norma, mas o resultado ou a consequência da acção. As consequências relevantes para a justificação moral podem referir-se a qualquer coisa, desde a destruição de uma paisagem natural até a uma obra de arte, mas geralmente as que são importantes do ponto de vista moral decorrem de efeitos provocados nas pessoas. Assim, as teorias consequencialistas, também chamadas de teleológicas ou perfeccionistas, consideram frequentemente a capacidade do homem para gerar o bem. Uma das mais desenvolvidas teorias consequencialistas é o utilitarismo, para a qual contribuíram Jeremy Bentham e John Stuart Mill, entre outros destacados sociólogos e economistas.

As segundas postulam imperativos éticos - direitos e deveres morais ou obrigações -, a cumprir independentemente das consequências que provocam. A justificação ética faz-se por via da necessidade de obedecer a regras morais, cujo estatuto advém da sua razoabilidade intrínseca (ou comando divino) e não dos seus efeitos no bem comum, destacando-se neste contexto o trabalho de Kant.

No campo do liberalismo filosófico, o utilitarismo e o contratualismo<sup>20</sup> são as duas teorias predominantes. Estudam o equilíbrio entre a importância moral dada à liberdade do indivíduo e à limitação da regulação social ou governamental e, por outro lado, o bem comum e as obrigações do indivíduo para com a sociedade. Nesta balança existem três aspectos essenciais: liberalismo da liberdade, igualitarismo e comunitarismo.

Segundo Bayer (2007), a ética normativa não se limita a descrever o que se convencionou como certo ou errado numa dada sociedade ou grupo, mas tenta identificar e justificar os princípios morais básicos que guiam o que devemos querer fazer e que tipo de pessoas devemos tentar ser. Com efeito, estas teorias reflectem princípios ou valores que podem ser aplicados a assuntos éticos específicos como, por exemplo, a obrigatoriedade ou não da realização do

---

<sup>19</sup> Os principais argumentos aduzidos contra a medida foram: “(a) as taxas moderadoras vêm tornar insustentável a vida dos mais desprotegidos; (b) se o SNS necessita de mais recursos, deve ir buscá-los aos impostos; (c) uma taxa moderadora “modera” procura excessiva, não a procura induzida pelo médico ou por uma real necessidade de saúde; (d) o Governo explora os doentes, por não conseguir controlar o desperdício na saúde; (e) ao alargar os pagamentos no ponto de consumo, o Governo está a violar a gratuidade da Saúde, propugnada pela Constituição”. Estes argumentos foram todos contrapostos pelo então Ministro da Saúde, Prof. Doutor Correia de Campos através do artigo de opinião, publicado no jornal Diário Económico, em 27 de Setembro de 2006.

<sup>20</sup> Segundo a definição da *Stanford Encyclopedia of Philosophy* (2009), contratualismo é o nome dado às teorias da legitimidade da autoridade política e do conteúdo de regras morais, segundo as quais a autoridade legítima de um Governo, ou dessas regras morais, assenta no consentimento dos governados ou dos que as devem aplicar, baseado na ideia de contrato ou acordo mútuo. Os contratualistas são cépticos quanto à possibilidade de fundamentar a moralidade ou a autoridade política em qualquer vontade divina ou algum ideal perfeccionista da natureza da humanidade. Hobbes, Locke, Kant e Rousseau são alguns dos teóricos do contrato social da história do pensamento político, devendo salientar-se ainda John Rawls e David Gauthier que ressuscitaram a teoria do contrato social, na segunda metade do século XX.

teste HIV SIDA (vírus de imunodeficiência adquirida), ou do início do rastreio de testes genéticos na população, ou do tipo de políticas a adoptar em relação ao tabaco ou ao álcool. Os utilitaristas clássicos consideram a maximização da felicidade ou prazer como objectivo último, e admitem que tudo é reconduzível em felicidade. Os Kantianos consideram a felicidade como relativamente insignificante em relação à moral, e em qualquer situação negam que princípios como a justiça ou o respeito pela autonomia possam ser reduzidos a felicidade. Os teóricos da virtude<sup>21</sup> mantêm que tem havido uma sobrevalorização das acções praticadas e pouca atenção dada ao tipo de pessoas em que devemos querer tornar-nos. Feministas e marxistas reclamam que as relações de poder são essenciais para uma teoria moral adequada. Comunitaristas desprezam o individualismo da filosofia moral moderna, utilitarista ou kantiana, e valorizam a partilha de tradições, valores e objectivos, como impacto das acções e políticas, considerando a comunidade como um todo e não um conjunto de indivíduos com interesses separados. Importa salientar que nenhuma teoria é perfeita e nem absolutamente boa ou completamente má. Todas contribuem para a análise da moral e, nesse aspecto, este estudo é meramente descritivo. O Utilitarismo e o Kantismo são as teorias morais dominantes em termos de pensamento moral e de políticas públicas e o comunitarismo parece adequar-se à abordagem da política de saúde pública, pelo que vamos também aprofundar um pouco mais a sua análise.

## 5.1 Utilitarismo

O utilitarismo clássico, desenvolvido no séc. XIX, é baseado na ideia de que a melhor acção é a que produz maior felicidade para o maior número de pessoas, pelo que a pior acção será a que promover o contrário. Este princípio foi originalmente formulado por Francis Hutcheson e, mais tarde, adoptado por Jeremy Bentham e Henry Sidgwick, como Bayer (2007) explica. O utilitarismo moderno foi desenvolvido por Stuart Mill e apresenta uma abordagem que aproxima o interesse individual do social.

De acordo com o princípio da felicidade do utilitarismo, as acções, políticas, ou motivações são avaliadas em função das suas eventuais consequências, pelo que esta teoria não deixa de ser consequencialista (embora nem todos os consequencialistas sejam utilitaristas).

O objectivo máximo a atingir é o prazer ou a felicidade, entendido este não como um estado de espírito passageiro ou sentimento, mas como completo bem-estar. A teoria de valor que considera o prazer ou a felicidade como o objectivo supremo é o hedonismo. De acordo com esta teoria, o prazer é a única coisa que é intrinsecamente boa, pois todas as outras coisas boas como saúde, amizade ou amor, só são desejáveis em função da felicidade que podem proporcionar. A dor é intrinsecamente má, mas pode ser boa se a sua experiência trazer prazer ou evitar mais dor. Nesta perspectiva, ser vacinado é uma coisa boa porque, apesar de doer, pode evitar doenças graves.

Na sua grande maioria, os utilitaristas modernos rejeitam por completo as teorias hedonistas por várias razões, designadamente porque a felicidade é difícil de definir e ainda mais difícil de medir. Se for equiparada ao prazer, considerada em sensações ocasionais, então pode ser quantificada, mas não se concebe que uma vida plena de sensações agradáveis seja o bem supremo. A felicidade é mais plausível como fim último, resultante da satisfação global de

---

<sup>21</sup> A teoria da virtude exalta o carácter do agente moral em detrimento de regras ou consequências, como o elemento-chave do pensamento ético. Distingue-se do consequencialismo e da deontologia, mais pela forma como são abordados os dilemas morais do que propriamente nas suas conclusões. Privilegia o ser ao fazer, ou seja, a moral decorre do carácter do indivíduo e não das suas acções ou consequências. Quanto à identificação das virtudes, de uma forma geral, a moralidade surge como resultado das virtudes intrínsecas.

verificar que o bem-estar advém de objectivos cumpridos. Contudo, esta concepção torna a quantificação e a comparação interpessoal, essenciais ao utilitarismo, extremamente difíceis. Outra razão para a rejeição do hedonismo é a redução de todos os objectivos e valores à felicidade, mesmo com uma interpretação de felicidade mais ampla. Ora, o conhecimento, a arte, a significabilidade são valores que contribuem para a felicidade individual, mas são valorizados independentemente da felicidade que proporcionam às outras pessoas. Por estas razões, os utilitaristas contemporâneos não consideram, na sua vasta maioria, como fim supremo a felicidade ou o prazer, mas apenas a satisfação das preferências individuais.

Para a teoria hedonista, a capacidade de sentir não é muito relevante, mas os utilitaristas consideram genericamente que a percepção subjectiva, ou a capacidade para experimentar a dor e o prazer, releva como indicador para decidir sobre quem possui estatuto moral. Isto porque os seres que não sentem – plantas, pedras, edifícios – não têm preferências e não podem ser sensíveis ou insensíveis. Além disso, o sentir é uma condição necessária para ser incluído nos cálculos utilitaristas. Ou seja, se trouxer sofrimento, então não há justificação para se ignorar aquele sofrimento, independentemente de outras características que possa ter. Bentham afirmou: *“A questão não é se podem pensar. Nem se podem falar. Mas se podem sofrer.”* Nesta medida, o princípio da utilidade pode ser aplicado não apenas a todos os seres humanos, mas também, como disse Mill, a toda a criação sensível, tão amplamente quanto possível<sup>22</sup>.

Segundo Bayer (2007), o utilitarismo é, portanto, uma teoria maximizadora e igualitária. Maximizadora porque define que a acção ou política correcta é a que atinge a maior felicidade possível, só existindo uma forma de agir correcta em cada situação, que é a que maximizar a felicidade ou o bem-estar. Igualitária, na medida em que a felicidade de todos tem que ser considerada de igual forma.

O utilitarismo fornece, pois, um método para decidir sobre a acção ou política correctas, inclusivamente, qual será capaz de gerar maior bem relativamente às alternativas (independentemente do conceito adoptado). Pode ser vista como uma vantagem, na medida em que coloca a moral ao serviço da promoção da felicidade e da redução da miséria. Com efeito, as regras não têm valor intrínseco a não ser que atinjam bons resultados. Mesmo quem baseie a sua concepção do bem e do mal em Deus, pode questionar por que é que Ele quer que façamos certas coisas e nos abstenhamos de outras, mas, de uma forma geral, seguindo os 10 Mandamentos o resultado é sempre um Mundo mais feliz. Este princípio permanece válido, ainda que certas situações que maximizam a felicidade conflituem com outros valores, como a honestidade e a justiça.

Por outro lado, o utilitarismo é criticado por poder conduzir a injustiças, como a condenação consciente de um inocente para prevenir a morte de muitas mais pessoas inocentes. Os utilitaristas respondem que esta objecção não considera o global, nem os efeitos a longo prazo de acções injustas ou desonestas. Mill sublinhou os efeitos destrutivos que a mentira tem nas relações de confiança, esclarecendo que raramente aqueles podem ser excedidos pelos efeitos do acto de enganar. Acresce que a tentação de mentir é frequentemente motivada pelo interesse próprio e não pela vontade desinteressada de proteger o bem geral. Por conseguinte, Mill defendeu que a regra contra a mentira seria a melhor aposta para atingir a maior felicidade, ao mesmo tempo que admite que pode haver raros momentos em que se justifica quebrar uma regra moral como por exemplo, mentir para salvar uma vida.

A política social assenta frequentemente na razoabilidade utilitarista e na noção do maior bem para o maior número de pessoas. Por exemplo, uma política que defenda que todas as pessoas devem ser vacinadas é provavelmente a mais eficaz, com vista a combater as doenças transmissíveis, apesar de também expor algumas pessoas a um risco desnecessário decorrente da toma da vacina. Com efeito, o bem da vacinação universal excede o mal de poucos. No

---

<sup>22</sup> Alguns utilitaristas contemporâneos como Peter Singer levam este pensamento ainda mais longe, argumentando que os animais contam, e contam em paridade com os seres humanos.

entanto, a ideia de que o bem de muitos pode gerar o mal de alguns conduziu à crítica de que o utilitarismo desvaloriza os indivíduos e os direitos individuais.

Podemos também perguntar: deverá a sociedade obrigar as pessoas a participar em rastreios genéticos ou praticar a interrupção da gravidez para reduzir o número de pessoas com defeitos genéticos? Desta forma, podiam ser drasticamente reduzidos custos com prestação de cuidados e, na perspectiva utilitarista, esta opção poderá ser considerada racional. Mas as perguntas colocadas carecem de outras perspectivas de análise, devendo admitir-se que mesmo uma política que promova o maior bem para o maior número de pessoas pode não ser moralmente aceitável.

Na perspectiva da liberdade, porque para os utilitaristas uma sociedade em que as escolhas íntimas dos indivíduos sejam reguladas pelo Estado não será a que gera maior felicidade, as decisões relativas à reprodução assistida deviam basear-se no princípio da voluntariedade.

No livro “On Liberty”, Mill disse que a sociedade que permitir a maior liberdade individual será a mais feliz, contudo não há garantia de correlação positiva entre maior liberdade e maior felicidade. As políticas justificadas na utilidade social podem conflitar com outros princípios igualmente importantes, como liberdade, autonomia, igualdade, ou justiça.

## 5.2 Ética Kantiana

Apesar de Immanuel Kant ter vivido antes dos utilitaristas clássicos (1724-1804), a ética kantiana rejeita as teorias de valor associadas ao utilitarismo (hedonismo) e ao consequencialismo. Em contraste com a ênfase utilitarista do sentimento como base do estatuto moral, Kant considera a capacidade para experimentar a dor ou o prazer insignificante, valorizando a ligação entre a moral e a razão. A razão será então o que separa o Homem dos outros animais e o reconduz à lei moral, pois apenas as criaturas racionais, capazes de distinguir o bem do mal, podem ser agentes morais responsáveis. Para Kant, a ética é um sistema de regras absolutas, em que o valor moral das acções advém da intenção com que são praticadas. As regras morais não são impostas por Deus nem resultam de sentimentos. As regras morais são leis que a razão estabelece para todos os seres humanos racionais, se bem que o facto de seres humanos (adultos normais) serem capazes de pensamentos racionais não significa que adoptem um comportamento moral totalmente irrepreensível. Neste sentido, o ser humano só é realmente livre se for ele próprio a definir as leis a que o seu comportamento deve obedecer. Fá-lo apenas baseado na razão e sem qualquer contributo da experiência.

Kant rejeitou igualmente o consequencialismo. As regras morais devem ser respeitadas independentemente das consequências. Agir moralmente significa respeitar direitos e, portanto, agir de forma a promover as melhores consequências não é permitido se implicar a violação de um direito. A obrigação de não mentir não varia consoante as circunstâncias, mas nuns casos deve ser praticada e noutros não. Por exemplo pode-se mentir para salvar uma vida. Já matar pessoas inocentes é sempre moralmente errado, sejam quais forem as consequências de não o fazer.

Não são as consequências de um acto que o tornam certo ou errado, pois o que acontece como resultado do que se faz não está completamente no controlo do seu autor. Para determinar o valor moral de uma acção, é preciso saber qual a intenção com que foi praticada. Por exemplo, pode-se ajudar um amigo para obter um benefício (ficar bem visto) ou por se sentir que temos esse dever. Tal não significa que, segundo a ética Kantiana, se devam ignorar as consequências, mas que as consequências são relevantes apenas se a acção proposta for moralmente permissível.

Segundo Dekens (2003), “(...) o principal objectivo da moral kantiana não é a construção de uma nova ética do comportamento mas a salvaguarda do abismo que separa a descrição teórica e prescrição prática, ou a obsessão de oferecer à experiência apenas a ponta aguçada

*de uma lei purificada de tudo aquilo que podia importunar a sua dolorosa inscrição no corpo do ser racional, ainda que essa lei não tivesse consequências para além da má consciência daquele que a sofre dando-a a si próprio.”<sup>23</sup>*

O que determina que uma acção seja correcta ou incorrecta? Há um consenso generalizado relativamente a considerar incorrectas umas acções como mentir, roubar, enganar ou agredir outros. Mas a pergunta fundamental para Kant é por que é que estas acções são consideradas erradas. A resposta do utilitarismo é que previsivelmente estas acções conduzem à miséria humana, mas Kant considera esta resposta inadequada.

Uma obrigação é hipotética quando existe apenas em certas condições e não noutras. Por exemplo, o aluno tem a obrigação de estudar para o exame de admissão à faculdade de medicina apenas na condição de querer ser médico. Se o aluno abandonar este desejo, ou seja, esta condição, deixa igualmente de existir a correspondente obrigação de estudar para aquele exame. Mas a moral não se funda apenas em regras hipotéticas. Se assim fosse, só existiria a obrigação de ajudar quem precisa em certas condições e não em todas. No entanto o dever de ajudar quem precisa permanece em todas as circunstâncias. Ou seja, para Kant, mesmo que ninguém se magoe através de uma acção errada, e ainda que dessa acção resulte mais felicidade do que infelicidade, nunca a acção será considerada correcta. Mentir, roubar e assassinar são acções intrinsecamente incorrectas e não podem ser tornadas correctas através da criação de felicidade. Mais, não mentir, não roubar ou não matar inocentes são máximas universais.

Assim, Kant sugere que, quando se quiser saber se uma acção é moralmente admissível, a questão que se deve colocar é: “Poderei eu, como ser racional, razoavelmente desejar que toda a gente actue como me proponho a actuar? Se se transformar esta questão num princípio, chamado imperativo categórico, então: “Actue apenas de acordo com as acções que pode razoavelmente desejar universalmente”. A obrigação moral básica do ser humano é, portanto, actuar segundo as máximas que todos devam também seguir, exigindo que não se façam excepções para os próprios. Esta obrigação moral é o fundamento de todas as obrigações morais particulares.

Por fim, Bayer (2007) salienta que, para Kant, apenas os actos praticados em nome do dever têm valor moral genuíno, pois os que forem praticados, por exemplo, por compaixão, têm falta de valor moral. Neste sentido, pergunta-se por que razão os sentimentos não devem ser fonte de comportamento moral? Uma acção motivada por compaixão não pode ser tão valiosa moralmente como uma acção baseada no cumprimento de uma norma? A resposta de Kant é que os sentimentos não são algo que se possa controlar e, portanto, não são algo por que se possa responsabilizar. É esperado dos agentes racionais que pensem correctamente, ou seja, com imperativo categórico, mas que não tenham certos sentimentos. Com efeito, fazer as coisas correctas é valioso, mesmo que se sinta anti-social ou triste.

Uma ideia central de Kant é que as pessoas são fins em si próprias, têm valores e objectivos e fazem escolhas e tomam decisões. Como agentes racionais as pessoas têm dignidade e merecem respeito. Tratar os indivíduos como pessoas é respeitar os seus valores e escolhas desde que sejam moralmente admissíveis. Tal significa que as pessoas nunca devem ser tratadas como meios para outros fins.

### **5.3 Ética Comunitária**

Apesar das suas diferenças, o utilitarismo e a ética kantiana partilham alguns pressupostos. Ambos consideram o individual como o cerne da preocupação moral. O utilitarismo procura promover a maior felicidade a um maior número possível de pessoas, e determina a forma de o fazer por referência às preferências individuais. A ética kantiana também se foca nos

---

<sup>23</sup> Pág. 106, ob. cit.

indivíduos e no facto de os direitos e a dignidade do indivíduo não deverem ser sacrificados em nome do bem comum. Estas abordagens éticas também partilham a ideia central de que, se os indivíduos têm ideias e concepções diferentes acerca do que é uma boa vida, a sociedade deve manter-se neutra sobre estas concepções e não adoptar nenhuma concepção particular que exclua as outras. O imperativo categórico, por exemplo, é consistente com muitas formas de vida diferentes. Dá poucas direcções sobre como viver melhor. E, enquanto o princípio do utilitarismo direcciona para a maximização do bem, deixa ao indivíduo a opção sobre o que é o seu próprio bem. Mill insistiu na ideia de que o indivíduo é quem está mais bem posicionado para saber qual é o seu próprio interesse.

Como Bayer (2007) observa, o Comunitarismo começou por ser uma reacção ao livro 'Teoria da Justiça'<sup>24</sup>, de vários filósofos como Alasdair MacIntyre, Michael Sandel, Charles Taylor e Michael Walzer, que criticaram o pressuposto de que a principal tarefa do governo é assegurar e distribuir de forma justa as liberdades e os recursos económicos que os indivíduos necessitem para conduzir livremente as suas vidas. Os comunitaristas rejeitam a noção de verdades éticas universais e eternas baseadas na razão e defendem que o pensamento moral tem origem nas tradições históricas de comunidades específicas. As comunidades não são simples conjuntos de indivíduos que, por acaso, habitam a mesma área geográfica; são compostas por pessoas que partilham os mesmos costumes, instituições e valores, que lhes concedem um ponto de partida para iniciar a resolução de problemas éticos.

O aspecto mais importante da ética comunitária que aqui importa sublinhar é a ideia de Bem Comum. Enquanto que o utilitarismo procura promover o bem-estar de todos os indivíduos em conjunto, o comunitarismo olha para os valores, ideais e objectivos partilhados numa comunidade.

Um problema para o utilitarismo é que os indivíduos que integram as comunidades podem ter muitas ideias diferentes sobre como deve ser essa comunidade e, nesta medida, é legítimo perguntar se o comunitarismo também não ameaça a 'tirania da maioria'... O argumento invocado é que mesmo pessoas com valores muito diferentes partilham alguns valores, como educação, por exemplo. Ou seja, acima ou abaixo do interesse de cada pessoa em ser educado, existe o interesse da sociedade, como um todo, que os seus cidadãos sejam educados. Isto é essencial se a sociedade pretender ser economicamente saudável e desenvolver-se no contexto de uma democracia. Indubitavelmente, diferentes indivíduos têm diferentes ideias de como as escolas devem ensinar, e estas diferenças devem ser discutidas no âmbito democrático. Não obstante, o compromisso da sociedade em educar os jovens é um valor partilhado.

A saúde da população é outro valor partilhado. Não só há o interesse de cada indivíduo em se manter saudável, como há o interesse global em que se mantenha uma população saudável. Mais uma vez pode-se discordar das formas de melhor promover a saúde pública e de como pesar a liberdade individual relativamente ao bem comum. Mas reduzir a doença, salvar vidas e promover a saúde são valores partilhados, parte do Bem Comum. Como a saúde pública é fundamentalmente uma forma de promover estes objectivos comuns é, portanto, uma espécie de comunitarismo.

O comunitarismo desafia o modelo do mercado que valoriza a essencialmente liberdade, no sentido de ausência de limitações, não a liberdade de atingir certos objectivos, frequentemente chamada de liberdade positiva. Os Libertários vêem os governos como a maior ameaça à liberdade nos Estados Modernos, porquanto controlam os meios de violência e coerção. Consideram o mercado como a forma mais eficiente de expandir a liberdade para todos os cidadãos. Tal como os libertários, os liberais também valorizam em especial a liberdade. Contudo, a liberdade não é o único valor para os liberais: a equidade social e económica é igualmente um fim a atingir. Além disso, os liberais não valorizam o mercado com o mesmo entusiasmo que os libertários, pois acreditam que o Governo tem um papel

---

<sup>24</sup> Da autoria de John Rawls, lançado em 1971.

significativo na regulação do mercado e na oferta de uma rede de segurança social que inclua a saúde, cuidados para os mais necessitados, programas de educação e emprego e pensões para proteger os mais idosos.

Os comunitários partilham com os liberais a ideia de que o mercado carece de ser controlado e regulado para proteger as pessoas. Mas, enquanto os liberais tendem a pensar em termos de prejuízos ou benefícios para os indivíduos, insistindo que cada um determina os seus próprios objectivos e bens, para os comunitaristas os bens são mantidos e gozados em conjunto: ar e água limpos, ambiente, educação, saúde pública e segurança. Estes bens não podem ser atingidos através do esforço individual, mas através da acção colectiva, que irá também fortalecer a aliança dos indivíduos na comunidade.

## CAPÍTULO II

### ÉTICA EM SAÚDE PÚBLICA

#### 1. Aplicação prática das teorias éticas

Diferentes teorias fornecem diferentes princípios básicos para decidir o que é certo e errado, o que deve ser feito e evitado.

Pereira (1990) dá-nos uma visão prática da aplicação destas teorias à economia da saúde, para ajudar a definir os objectivos de um sistema de saúde. Nesta abordagem observa-se que o significado de *“(...) equidade em saúde e em cuidados de saúde depende, de forma crucial, da maneira como se define o conceito de justiça social, e que este, por sua vez, depende de juízos de valores, ou seja, dos pontos de vista da sociedade tal como articulados por indivíduos, grupos ou governos.”*

A figura que se transcreve do trabalho citado, ilustra a forma como cada teoria pode servir de base a um ‘Princípio de Distribuição’, que representa uma visão de justiça social que conduz a um objectivo.

Formulação de objectivos na área da Saúde		
Teorias da Sociedade	Princípios de Distribuição	Objectivos de Equidade na Política de Saúde
Exemplo	Exemplo	Exemplo
Libertária, Socialista-Democrática	Utilitarismo ‘Maximin’ Rawlsiano	Igual acesso a cuidados de saúde, igualdade de utilização para igual necessidade

Fonte: adaptado de Pereira (1990)

Figura 1: Aplicação das teorias éticas na área da Saúde

Moreira (1999) fornece uma abordagem bastante diferente, observando que os custos com a saúde estão a crescer porque os cuidados são baratos, advogando a necessidade de concorrência, como reforço da liberdade e da responsabilidade das decisões e não de mais burocracia. E concretiza esta ideia ditando que *‘Urge separar, também no que se refere aos cuidados de saúde, na linha de Adam Smith, a justiça da benevolência, percebendo que a actuação conforme a justiça deve ser imposta coercivamente, mas que o exercício da benevolência é, pelo contrário, um exercício livre’*. Certamente que a adopção destes princípios conduziria a alterações no SNS, ou até, eventualmente, à sua extinção, mas o que se pretende salientar é que as teorias éticas produzem reflexos práticos da maior importância.

O altruísmo foi analisado por Barros (2005) que lhe atribui efeitos económicos importantes, enquadrados entre nós pelo princípio constitucional do livre acesso, e materializado na ideia de que os pobres devem pagar proporcionalmente menos, no âmbito de um sistema de saúde ligeiramente progressivo.

A este respeito salienta-se o trabalho de autores como Wagstaff, Van Doorslaer, ou Le Grand sobre o desenvolvimento de indicadores para medição das inequidades na Saúde segundo o princípio de que *‘a prestação equitativa de cuidados deve reflectir as necessidades em saúde*



da população, e em particular que não deverão haver violações deste ideal que estejam sistematicamente associadas à situação sócio-económica dos indivíduos', Pereira (1999)<sup>25</sup>.

Ora, a decisão ética quase nunca é um processo de aplicação automática de princípios que geram uma resposta, pois a solução mais adequada depende frequentemente das circunstâncias de cada caso, e estas podem ser elas próprias difíceis de identificar. Por exemplo, no contexto da gripe A em Portugal, colocou-se a questão de saber se as pessoas com sintomatologia mas sem doença diagnosticada devem faltar aos seus empregos para redução do risco de infecção. Por um lado, há os interesses das entidades patronais que se opõem a essa situação, desde que tenham de custear as respectivas ausências do trabalhador. Do lado da Saúde a resposta é, claramente, no sentido da redução do risco de contaminação. O Estado tem de verificar se a Segurança Social dispõe de reservas financeiras para compensar as ausências dos trabalhadores, estimadas em 30%<sup>26</sup>, e se essa despesa não obsta a que sejam realizadas outras acções prioritárias, como, por exemplo, a compra de vacinas, para além da eventualidade de suscitar o abuso generalizado da medida. Por fim, mas não menos importante, há a notar o interesse do próprio trabalhador em proteger a sua saúde, mas também em manter o seu posto de trabalho. Perante os argumentos válidos de todas as partes, não é óbvia a estratégia mais correcta a adoptar, com vista à contenção da pandemia ou protecção dos grupos de risco.

Bayer (2007) aponta outra razão pela qual os princípios éticos não podem ser utilizados para gerar soluções de uma forma simples, sublinhando que, por vezes, conflituam entre si ou com outros valores ou objectivos. Por exemplo, um importante objectivo da saúde pública é reduzir a incidência da doença. As doenças genéticas podem ser prevenidas através de rastreio que identifica a susceptibilidade de as contrair, com vista a influenciar essas pessoas a não se reproduzirem e a não disseminarem os genes que causam a doença. Mas pode ser invocado que a tentativa de influenciar a decisão de as pessoas se reproduzirem viola o princípio da autodeterminação ou autonomia. Que valor deve prevalecer, a redução da doença ou a autodeterminação? A resposta não é óbvia.

Por conseguinte, o que se pretende salientar é que mesmo que se consiga decidir sobre a teoria ética correcta, a sua aplicação prática a questões específicas seria frequentemente inconsequente ou controversa. De qualquer forma, não há consenso acerca da teoria ética correcta, mas esse também não é o objectivo da filosofia moral, mas antes fazer uso das diferentes teorias para obter visões diferentes da mesma questão. Os utilitaristas estão certos em insistir na relevância das consequências e na importância de obter a felicidade e bem-estar, mas os seus opositores estão igualmente certos em insistir que há outros valores mais importantes, como a justiça e a autodeterminação e não se pode resumir tudo à felicidade. Assim, todas as teorias contribuem parcialmente para uma realidade moral extremamente complexa.

O princípio kantiano segundo o qual os seres humanos devem ser tratados como fins em si próprios e nunca como meros meios é a base do consentimento informado, ou seja, da ideia de que é eticamente obrigatório que os pacientes e seres humanos se pronunciem activamente e de forma informada quando participarem em experiências médicas e científicas.

---

<sup>25</sup> Este autor analisa o índice Ecuity que procura violações do princípio da equidade horizontal (cidadãos com igual estado de saúde devem ser tratados de forma igual) relacionadas com o nível do rendimento para concluir que apesar de constituir um desenvolvimento significativo e de permitir quantificar o grau de inequidade, a sua interpretação 'só é válida sob hipóteses bastante restritivas ao nível dos dados'.

<sup>26</sup> Segundo o estudo desenvolvido pela *Deloitte*, em colaboração com a *Intelligent Life Solutions*, divulgado em 22 de Julho de 2009 por vários órgãos de comunicação social, o absentismo laboral devido à gripe A (H1N1) em Portugal poderia ascender a 30% no pico da incidência da doença e originar uma redução do Produto Interno Bruto nacional entre os 0,3 e os 0,45%, entre 490 e 740 milhões de euros. De acordo com a mesma projecção, os custos da pandemia para o Estado foram estimados em 330 a 500 milhões de euros, contabilizando perdas de IRS, contribuições para a Segurança Social e subsídio de doença. O estudo não incluiu custos a considerar decorrentes de eventuais situações de quarentena.

Apesar da sua apologia genérica, foi necessário o conhecimento público de três situações particularmente graves para alertar o Mundo para a necessidade de intervir neste domínio:

- Em 1963, no Hospital Israelita de Doenças Crónicas, (Nova York), foram injectadas células cancerosas vivas em idosos doentes;
- Entre 1950 e 1970, no Hospital Estadual de *Willowbrook*, (Nova York), injectaram o vírus da hepatite em crianças com deficiência mental;
- Entre 1932 e 1972, o Caso Tuskegee<sup>27</sup> (Alabama), foram recrutados doentes com sífilis para participarem no estudo da história natural da doença e foram deixados sem tratamento, até à cegueira, à loucura e alguns até mesmo à morte.

Ainda que a cura não esteja disponível e, portanto, nenhum dos doentes possa piorar pelo facto de participar no estudo, mesmo assim seria errado o princípio de conduzir experiências médicas, independentemente do seu potencial valor social ou da forma como os danos podem ser causados, em pessoas que não o consentiram de forma livre e informada. Usar pessoas desta forma é tratá-las como meros meios e não como fins em si próprios, nas palavras de Kant.

Como forma de reacção contra estas práticas, na sequência dos casos descritos, o Governo e o Congresso norte-americano constituíram, em 1974, a *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, com o objectivo principal de identificar os princípios éticos “básicos” que deveriam conduzir a experimentação em seres humanos. O Relatório que veio a ser produzido, e que ficou conhecido como Relatório *Belmont* apresenta os princípios éticos básicos, que deviam nortear a pesquisa biomédica com seres humanos:

- Princípio do respeito às pessoas;
- Princípio da beneficência;
- Princípio da justiça.

A gestão da Saúde Pública tem uma componente claramente utilitária e consequencialista. Visa promover o bem-estar das pessoas e alcançar a prosperidade, baseando-se na evidência factual. Ao mesmo tempo é limitada pelas considerações kantianas ou deontológicas, tal como o respeito pelas pessoas e pelos seus direitos. A questão difícil coloca-se quando os direitos individuais conflituam com o bem-estar geral. Os defensores dos direitos consideram que estes devem prevalecer, mas é claro que depende da natureza e significado do direito em causa, bem como da magnitude do risco para a população em geral.

Muitos filósofos consideram a saúde pública como paternalista ou uma forma de intromissão do Estado na liberdade individual para promover a saúde e segurança, tal como a exigência do cinto de segurança no automóvel. Contudo, a discussão vai muito além deste alegado paternalismo. Qual é a natureza da população? Da comunidade? A comunidade partilha bens comuns? Quem sustenta a prevenção? Deverá a Saúde Pública afastar-se da moralidade, promover uma moralidade específica através da lei, ainda que essa moralidade possa reduzir os riscos de contrair uma doença? Que cuidados de saúde deve o SNS oferecer aos portugueses e que cuidados podem ser disponibilizados no mercado de forma acessível?

---

<sup>27</sup> O Estudo da Sífilis Não-Tratada foi um ensaio clínico levado a cabo pelo Serviço Público de Saúde dos Estados Unidos em Tuskegee, Alabama, entre 1932 e 1972, para o qual foram seleccionados pelos investigadores 399 sífilíticos afro-americanos pobres e analfabetos, e mais 201 indivíduos saudáveis para comparação, com vista ao estudo da progressão natural da doença sem tratamento e sem recurso a medicamentos. Em 1947 a penicilina torna-se o tratamento padrão para a sífilis, mas os investigadores decidiram não tratar os doentes e prosseguir com o estudo. Os doentes envolvidos não foram informados do seu diagnóstico e foram impedidos de aceder ao tratamento. O estudo continuou até ser denunciado à imprensa em 1972. Entre as vítimas incluem-se 25 homens que morreram de sífilis (100 faleceram devido a complicações causadas pela doença), respectivas mulheres que contraíram a doença, e várias crianças nascidas com sífilis congénita.

Devemos promover cuidados de saúde para todos como um bem comum e de forma a promover o seu sentido de partilha? Qual é a relevância ética de novas epidemias emergentes, do bioterrorismo e das ameaças ecológicas no Mundo? E das formas de as combater?

Para o Prof. Doutor João Lobo Antunes *“Uma ética desejável será aquela que considera o contexto histórico; substancialmente interdisciplinar; mais filosófica e menos redutora; não concentrada só na dimensão académica; ligada a questões mais vastas de valores, e não ignorando os valores culturais; preocupada com a justiça social; mais voltada para a análise de situações éticas reais”*, (Antunes, 2010). Como praticar a ética em Saúde Pública?

## **2. Conceito de Ética em Saúde Pública**

O conceito de “ética em saúde pública” não está objectivamente definido na literatura. Nele podem-se enquadrar situações em que esteja em causa a defesa da saúde colectiva através da acção da autoridade do Estado, visando salvaguardar a equidade e a liberdade. A Candidata considera que, caso este conceito seja dotado de autonomia e dinâmica próprias, poderão ser promovidas linhas de investigação adequadas com vista ao seu desenvolvimento conceptual e sistemático. É hoje reconhecida a necessidade de analisar questões do foro ético que surgem em torno de fenómenos ocorridos no âmbito de pandemias, do bioterrorismo, ou acontecimentos a uma escala global que exigem uma intervenção pronta, eficiente e articulada do Estado e da sociedade civil. Parece, no entanto, que a inexistência formal do conceito não impediu que se realizassem diversos estudos científicos sobre aspectos que se enquadram no seu objecto. Na verdade, talvez se possa afirmar que o conceito já existe actualmente, partilha aspectos dos conceitos de bioética e de saúde pública, mas não evidencia uma autonomia que se crê justificar o seu desenvolvimento.

Assim, importa precisar os conceitos de conceitos de bioética e de saúde pública, para verificar se o conceito de ‘ética em saúde pública’, se distingue dos primeiros criando um espaço de conhecimento autónomo.

### **2.1 Distinção relativamente ao conceito de Bioética**

Segundo Goldim (2006), a Bioética surge no século XX como uma proposta de integração do ser humano à natureza. A crescente complexidade das intervenções científicas, especialmente na área da saúde, provocou uma reflexão sobre essas questões. A Bioética, que antes era uma resposta a problemas, amplia a sua abrangência ao reflectir proactivamente sobre novas situações, utilizando um amplo referencial teórico para dar suporte às suas discussões.

Antes da bioética ser reconhecida como uma disciplina, já era praticada, como ilustram alguns exemplos da história referidos por Neves (2002a), que evidenciaram a preocupação com matérias que viriam a enquadrar-se no seu objecto, como a exigência de consentimento para a prática clínica e experimentação humana, que surge em 1931 num documento emitido pelo Conselho de Saúde do Reich, a redacção do Código de Nuremberga em 1947, ou a criação da primeira comissão de ética clínica em 1962<sup>28</sup>.

Na verdade, o conceito de bioética tem evoluído bastante desde a primeira referência conhecida, que Goldim (2006) situa em 1927, da autoria de Fritz Jahr, como *‘a emergência de obrigações éticas não apenas com o homem, mas a todos os seres vivos’*, até à definição de Reich de 1995, que consta da *Encyclopedia of Bioethics*, citada por Jonsen (1998), segundo a qual a Bioética é o *‘estudo sistemático das dimensões morais - incluindo visão moral, decisões, conduta e políticas - das ciências da vida e cuidados de saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num cenário interdisciplinar’*<sup>29</sup>.

Segundo Neves (2002b), a bioética refere-se ao comportamento ou conduta do homem em relação à vida humana e à vida numa perspectiva holista. Vida no sentido de vida artificializada

---

<sup>28</sup> Ob. cit., pág. 37.

<sup>29</sup> Tradução livre

ou artificializável pela acção humana. A bioética designa então uma ética aplicada à vida, às ciências da vida, incluindo os princípios fundamentadores do agir e uma função normativa, e *‘encontra o seu domínio próprio de acção nas interrogações de ordem ética que cientistas, humanistas e sociedade em geral formulam em relação aos progressos científico-tecnológicos e mais especificadamente biotecnológicos’*, apelando assim ao contributo de várias ciências.

Com efeito, temas como a investigação clínica, transplantes de órgãos, clonagem, procriação medicamente assistida, interrupção voluntária da gravidez, suspensão do suporte de vida, testes genéticos, entre outros, são temas analisados no âmbito da bioética.

A Autora citada<sup>30</sup> acrescenta ainda que a bioética hoje já não se identifica como uma ética biomédica aplicada, situada no plano da investigação científica e processo terapêutico, mas *‘não só ultrapassa o nível das relações pessoais no domínio da saúde, como extravasa o plano das questões exclusivamente humanas’*, combinando *‘a exigência da fundamentação do agir com o imperativo da intervenção efectiva’*. Em 1998, Potter sugere também uma concepção de Bioética como *‘nova ciência ética que combina humildade, responsabilidade e uma competência interdisciplinar, intercultural e que potencializa o senso de humanidade’*.

Mais recentemente, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos adoptada pela Conferência Geral da UNESCO, em Outubro de 2005, *“trata das questões de ética suscitadas pela medicina, pelas ciências da vida e pelas tecnologias que lhe estão associadas, aplicadas aos seres humanos, tendo em conta as suas dimensões social, jurídica e ambiental.”*<sup>31</sup>

O conceito de ética em saúde pública que se pretende desenvolver parte da necessidade de promoção e protecção da saúde em situações que se caracterizam essencialmente por terem ou poderem ter uma escala mundial, nacional ou regional e exigirem uma actuação reguladora e proporcional do Estado. Reguladora, por exigir a adopção de medidas de carácter excepcional, no âmbito legislativo ou operacional, que podem ir até à privação da liberdade; proporcional, pois tais medidas devem ser adequadas à gravidade da situação e às necessidades existentes com vista à sua regularização. Neste contexto, a ética em saúde pública estuda as relações do poder/dever fazer, por quem e quais os limites da actuação em situações de pandemias, bioterrorismo, ou relativamente a objectivos como a prevenção do tabagismo, ou a promoção de estilos de vida saudáveis e a saúde ambiental.

Assim, não tem obrigatoriamente na sua génese uma acção directa do homem nem uma base científico-tecnológica. Contudo, tal como a bioética, é multidisciplinar, integrando as ciências que contribuam para a análise das diferentes perspectivas daquela situação, identificando a sua influência na saúde da população, incluindo para este efeito desde as ciências da vida até à engenharia nuclear, passando pela matemática e pelo direito.

A ética em saúde pública partilha também a finalidade da bioética de *‘salvaguardar a dignidade da pessoa humana, na integralidade da sua singularidade e na universalidade da sua humanidade’*, e simultaneamente o respeito pela liberdade e equidade na obtenção de ganhos e melhoria efectiva dos níveis de saúde e diminuição da doença.

Sem pretender estabelecer traços estanques, talvez se possa afirmar que as questões no âmbito da bioética se colocam, de uma forma geral, antes de os acontecimentos ocorrerem, enquanto que as questões da ética em saúde pública colocam-se, de uma forma geral, depois da ocorrência de um acontecimento, frequentemente súbito e inesperado.

Martin e Coker (2006b) evidenciam as diferenças apontadas por Angus Dawson na aplicação das teorias éticas no âmbito da bioética e do direito de Saúde Pública: *“Ethics is a minefield of contested theories. Liberalism as a principle of ethics has been dominant in bioethics, but is less appropriate as an overriding principle of public health law. What are needed are ethical principles more pertinent to prevention and collective action. (...) Ethics principles which are rarely discussed in the context of bioethics such as the non-excludability of, the dependence on,*

---

<sup>30</sup> ob. cit. pág. 30 e 32.

<sup>31</sup> [Acedido em Janeiro de 2010.] [Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf> ]

*and the indivisibility of public goods might be more appropriate to public health, but these principles are more difficult to pin down in legislative form.”*

## **2.2 Distinção relativamente ao conceito de Saúde Pública**

O conceito de Saúde Pública apresentado por Winslow, em 1920, como a ciência e a arte de prevenir a doença, de prolongar a vida e de promover a saúde e o bem-estar através do esforço combinado e organizado para a melhoria das condições sanitárias do ambiente, o controlo das doenças infecciosas, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e prevenção da doença, a educação individual em higiene pessoal, e o desenvolvimento da máquina social, que permita assegurar a cada indivíduo um estilo de vida adequado à manutenção e melhoria da saúde<sup>32</sup>, foi revisto por vários autores que propuseram definições alternativas. O Nuffield Council of Bioethics (2007) revisita estes conceitos recordando a definição sugerida pela Faculdade de Saúde Pública do *Royal Colleges of Physicians* do Reino Unido - *“The science and art of preventing disease, prolonging health through organized efforts of society”*, pelo Instituto de Medicina Norte Americano - *“The mission of public health is to fulfil society’s interest in assuring conditions in which people can be healthy”*-, pela Associação de Escolas de Saúde Pública Americanas - *“Public Health is the science of protecting and improving the health of communities through education, promotion of healthy lifestyles, and research for disease and injury prevention”*- pela Federação Mundial de Associações de Saúde Pública - *“An art and a science, and also a movement dedicated to the equitable improvement of health and well-being of communities with their full participation”*-, e pela Associação Médica Mundial - *“The key functions of public health agencies are assessing community health needs and marshalling the resources for responding to them, developing health policy in response to specific community and national health needs, and assuring that conditions contributing to good health, including high-quality medical services, safe water supplies, good nutrition, unpolluted atmospheres and environments that offer opportunities for exercise and recreation are available to the individuals.”*

George (2004) lembra a noção proposta por Last como *‘uma combinação de ciências, capacidades, princípios e valores orientados com o fim de manter e melhorar a saúde de todos, por intermédio de acções colectivas e ou sociais’*.

Segundo Allin et al. (2004) *“Historically, public health has achieved a great deal, initially by means of its traditional roles in ensuring water purity, clean air and effective sanitation.*

*While remaining vigilant to threats to these achievements – often in new forms such as the ill effects of vehicle emissions – its reach has been extended to confront other threats to health, such as smoking, hazardous alcohol consumption, and poor nutrition, as well as a factor that underlies many of the causes of ill health: poverty. The complex origins of these threats to health, and the many bodies that can contribute to tackling them, require an intersectoral public health response.”* Os autores referem então como exemplo o caso da prevenção e controlo da pandemia de tabagismo que exige uma actuação concertada da parte da área da Saúde, dos Assuntos Fiscais e Aduaneiros, da Educação, da Agricultura, do Comércio e Publicidade, a todos os níveis, desde o global ao local.

Rothstein (2002) por seu lado, agrupou os conceitos de Saúde Pública em três perspectivas:

- Saúde Pública na perspectiva dos Direitos Humanos, incluindo na sua esfera toda a vasta lista de factores sociais que afectam a saúde, como a guerra, a violência, a pobreza, o desenvolvimento económico, a distribuição do rendimento, os recursos naturais, a dieta e os estilos de vida, a infra-estrutura dos cuidados de saúde, o aumento da população e os direitos humanos.

---

<sup>32</sup> (Tradução livre)

Esta visão tão abrangente condiz com o conceito de saúde como algo mais do que a ausência de doença, mas acaba por não permitir uma execução prática das políticas de saúde. Rothstein (2007) cita Larry Gostin a este propósito, que salienta a ineficiência da junção de uma multiplicidade de factores que partilham apenas o facto de causarem malefícios à Saúde, bem como a falta de competências especializadas, no âmbito da Saúde Pública para acabar com as guerras ou modernizar a agricultura e, por fim, a politização extrema da saúde pública ao ter que lidar com questões de redistribuição económica.

- Saúde Pública na perspectiva da Saúde da População, por oposição à saúde da pessoa individual própria da medicina, visando reduzir a doença e prolongar a vida das massas, de forma a integrar medidas gerais de prevenção com carácter lato. Esta visão, segundo o autor, também não traz vantagens, na medida em que é abrangente demais, não é possível fixar o número específico de indivíduos que têm de estar doentes para se tratar de uma questão de Saúde pública e, por fim, não permite justificar a adopção de medidas coercivas por parte do governo, se necessário.
- Saúde Pública na perspectiva da Intervenção Governamental, no sentido de envolver a adopção de medidas de autoridade, por parte de entidades oficiais, depois de ponderados os interesses públicos e privados. Segundo esta concepção, que é a advogada pelo Autor, o dever moral e político do Governo para determinar acções de saúde Pública, incluindo a quarentena, o isolamento, a imunização, o *'contact tracing'*, a apreensão da propriedade, ou a regulação ambiental, deriva de uma de três condições: i) a ameaça à saúde ser uma doença infecciosa, transmitindo-se horizontalmente, ii) o Governo possuir poderes e capacidades específicas, como sucede no caso da vigilância das doenças infecciosas, ocupacionais, ou outras, ou, iii) por via da aplicação da lei.

Para Rothstein (2002), a definição de Saúde Pública adoptada possui inequívocos fundamentos éticos: *"First, public health interventions must be culturally sensitive and take into account a range of values on issues such as privacy, autonomy, liberty, and dignity. Second, because public attitudes change over time, public health officials must continually **justdy** public health interventions, even longstanding measures of proven efficacy. Third, public health officials and their allies in the public and private sectors must be vigilant."*

Deste modo, enquanto entre os conceitos de bioética e de ética em saúde pública foi possível encontrar diferenças substantivas que conduzem a uma distinção das matérias que se enquadram em cada um dos respectivos âmbitos, relativamente ao conceito de saúde pública tal não se verifica de forma expressiva. Por conseguinte, o pretendido conceito de ética em saúde pública complementa-o dotando-o uma visão ética das formas de atingir e desenvolver esses objectivos e das questões suscitadas que careçam da intervenção do poder de autoridade do Estado, tal como a bioética complementa com a análise das questões de ética suscitadas pela medicina, pelas ciências da vida e pelas tecnologias.

Destaca-se a incisiva influência que a História, a cultura, a política e a lei exercem sobre a Saúde Pública, ou a Saúde Pública enformada com o conceito de ética e primordialmente global<sup>33</sup>, que não dispensa o exercício da autoridade do Estado, a alocação dos seus recursos e um consenso generalizado para a execução das suas políticas.

Com efeito, as negociações que conduziram à Declaração de Alma Ata em 1978, à Carta de Ottawa em 1986 ou à Carta de Banguécoque em 2005 demonstram isto mesmo. A essencialidade da aceitação generalizada decorre do facto de os determinantes da Saúde atravessarem todas as áreas da política: estilo de vida individual (alimentação, higiene, saúde

---

<sup>33</sup> Sem contudo excluir a avaliação da aplicação de medidas individuais quando este factor influencie a evolução do conjunto.

mental, hábitos saudáveis), condições socioeconómicas (educação, emprego, recursos disponíveis, equidade), ambiente (poluição, ruído, água, condições habitacionais, exposição radiológica e química) e factores genéticos. De facto, como lembra Martin (2007), a política de Saúde Pública que ignore a influência da fé e da cultura nos programas de educação para a saúde pode implicar erros na interpretação da informação de saúde ou o insucesso das iniciativas junto de grupos minoritários com estilo de vida e crenças diferentes dos da maioria da população<sup>34</sup>.

Por conseguinte, para a promoção da saúde concorre a política de saúde em termos restritos ou considerada como 'o conjunto de directivas do governo baseadas na legislação fundamental do País que orienta a acção dos serviços de saúde para a resolução dos problemas de saúde da população através de um conjunto coerente de opções ideológicas e técnico-científicas', nas palavras de Imperatori et al. (1993), que, tendo por base a frequência e a distribuição das suas determinantes, define os recursos a alocar e as metas, finalidades e objectivos de actuação que entre nós se têm reflectido em documentos como 'Saúde, um Compromisso', em 1998, e o posterior Plano Nacional de Saúde (2004-2010).

Para a promoção e protecção da saúde pública, para além das acções adoptadas especificamente nesse sector são igualmente importantes, por exemplo, o preço e qualidade dos alimentos, do tabaco, a política de transportes, a sinistralidade automóvel, as condições de emprego e o apoio da segurança social, o sucesso escolar, a violência, etc.

Neste sentido, Bayer (2007) sublinha o interesse actual crescente na distinção de temas e perspectivas éticas na área da saúde pública e da medicina clínica. Esta distinção faz-se essencialmente entre uma orientação focada nos interesses e necessidades individuais do doente e uma orientação voltada para a saúde da população que é afectada pelos processos biológicos dos seus corpos, mas também pela estrutura social, condições ambientais e factores externos que afectam a sua saúde. No primeiro caso, a relação médico-doente assume tradicionalmente um carácter privado, mas no âmbito de um sistema público de Saúde, como é o Serviço Nacional de Saúde, com médicos funcionários públicos, existe uma frequente associação com o Estado e com o uso do respectivo poder de autoridade.

Assim, devido à orientação individualista da ética médica, os conceitos de autonomia e direitos negativos (direito a não receber cuidados médicos) tendem a predominar, mas na ética da saúde pública a tendência é para centrar a atenção nos interesses e saúde dos grupos, justiça social e distribuição de recursos sociais e actos positivos ou sociais dos indivíduos. Quando os interesses sociais e os interesses dos indivíduos entram em conflito, existirá um conflito entre a ética médica e a ética da saúde pública. Observa-se, portanto, que a saúde pública não se resume à medicina ou às profissões de saúde focadas essencialmente no doente (o médico examina o doente, faz o seu diagnóstico e, em função da sintomatologia, oferece-lhe um tratamento com vista à melhoria do estado de saúde ou à cura, se possível).

A Saúde Pública, por seu lado, procura entender as condições e causas da doença na população em termos colectivos, tendo em conta as determinantes e visando a redução do sofrimento humano, a preservação da saúde e a defesa da vida. Esta perspectiva holística não exclui o valor intrínseco de cada indivíduo, o peso do seu contributo e a sua responsabilidade individual no conjunto, mas a finalidade predominante é manter a população saudável e os seus elementos livres de doenças, sobressaindo a prevenção como factor essencial para este fim.

A Saúde Pública entendida de acordo com os princípios anteriores corresponderá a um conceito de saúde colectiva que emerge da conjugação dos planos científico, político, económico e social abrangendo a organização da oferta de cuidados de saúde, a educação para a saúde, passando pela prevenção e controlo das doenças crónicas e transmissíveis, procurando compreender os desafios presentes e futuros e preparar o Estado e a sociedade civil para enfrentar o novo milénio.

---

<sup>34</sup> Tradução adaptada.

Neste sentido, Jonathan Mann referia, segundo Gostin (2001) o seguinte silogismo: *“If the mission of public health is to assure the conditions for the population health, and socioeconomic vulnerability and disparity are vital causes of morbidity and premature mortality, then public health must address the fundamental determinants of ill health”*.

Apesar de o escopo da Saúde Pública ser tão lato que esteja aquém da descrição efectuada, tal não parece obstar à existência de um campo de actuação específico que procura definir num plano ético as medidas a adoptar em situações de emergência, designadamente em caso de pandemias, decorrentes de causas naturais ou bioterrorismo, que podem implicar o exercício do poder de autoridade do Estado relativamente a medidas privativas da liberdade (isolamento, quarentena).

Assim, o conceito de “ética em Saúde Pública” que se propõe, salvo melhor opinião, corresponderia ao estudo e conformação da actuação ética, mediante o estímulo e responsabilidade da consciência individual e colectiva para a promoção e protecção da saúde, relativamente à doença ou redução do sofrimento humano, independentemente da causa decorrer da acção directa do homem ou da evolução científico-tecnológica e considerando as suas repercussões especialmente nos planos da liberdade e da equidade.

### **3. Identificação de questões éticas em Saúde Pública**

Trata-se aqui de averiguar como identificar questões que podem carecer de uma análise ética no âmbito de uma intervenção em Saúde Pública.

As intervenções em Saúde Pública, de uma forma geral, têm uma base epidemiológica, ou seja, um estudo da distribuição e dos determinantes dos estados de saúde ou acontecimentos a eles associados, em populações específicas e a aplicação desse estudo ao controlo dos problemas de saúde (Last, 1988). A vigilância epidemiológica visa portanto a caracterização do estado de saúde da população, a definição de prioridades, a concepção de estratégias com vista à redução do peso da doença e das suas incapacidades, bem como a sua implementação e avaliação. Para este efeito a epidemiologia procede à recolha, tratamento e análise de dados, à identificação dos riscos, recomendação de medidas de controlo e avaliação da sua eficácia e eficiência, com vista à definição de caso. Para medir a doença utilizam-se indicadores como a prevalência (número de casos existentes numa população definida, num determinado momento), incidência (número de novos casos que surgem numa população definida, num determinado momento), letalidade (proporção de casos mortais de uma determinada doença durante um determinado período de tempo), mortalidade (número de óbito ocorridos), esperança de vida (número médio de anos que se espera que um indivíduo viva), morbilidade (frequência da doença), taxa de internamento (número de internamento causadas por aquela doença num determinado momento), deficiência (perda, deformidade ou anomalia de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica, causada pela doença), incapacidade (restrição ou inabilidade para realizar uma actividade de forma normal), desvantagem (restrição resultante de deficiência ou incapacidade que limita ou impede o desempenho da vida normal do indivíduo, tendo em conta a sua idade, sexo, e prática social e cultural respectivas), e ainda outros que devam ser considerados face às características específicas da doença em estudo.

Reveste-se igualmente de grande importância, em particular para a Ética em Saúde Pública, a avaliação da magnitude do fenómeno, considerando a incidência, prevalência e gravidade do fenómeno, da vulnerabilidade da doença que visa a sua contenção<sup>35</sup> e mitigação, através de acções adequadas, e o peso social da doença<sup>36</sup>.

Com base nestes conhecimentos, aplicam-se os princípios da precaução, da proporcionalidade, da liberdade e da responsabilidade, adoptando as medidas que se mostrem mais adequadas à erradicação da doença e eliminação dos respectivos factores de risco. Nas situações mais

<sup>35</sup> A maioria das doenças epidémicas não pode ser contida, mas apenas controlada.

<sup>36</sup> Atendendo, por exemplo à taxa de absentismo esperada.



graves, tais medidas podem, nos termos constitucionais, implicar restrições ao exercício da liberdade individual durante o período de tempo estritamente necessário para esse efeito.

Perante um surto epidémico súbito e imprevisto, relativamente ao qual não exista informação epidemiológica concreta que sustente as intervenções que naquele momento não podem deixar de ser decididas, pouco mais há a fazer senão utilizar o conhecimento disponível de situações afins, eventualmente de outros países, e iniciar a pesquisa de dados epidemiológicos, de forma a obter o mais rapidamente possível uma base técnica que, a par do senso ético, aconselhe o sentido das decisões.

Com efeito, segundo Beaglehole (1993) os resultados da investigação epidemiológica devem orientar as políticas de saúde, contudo salienta-se a importante influência que a opinião pública e os *media* podem ter na aplicação prática das medidas adequadas.

Com efeito, está provado que as intervenções em saúde pública salvam vidas estatisticamente e reduzam taxas de morbilidade e mortalidade na população, mas em geral estas vidas não podem ser ligadas a pessoas concretas. Tal poderá eventualmente explicar uma certa falta de reconhecimento relativamente às políticas de Saúde Pública. Ou seja, se um cirurgião salva um doente que contraiu infecção grave é um 'herói', mas, se por acção da saúde pública aquele doente não chegou a contrair aquela infecção, é mera estatística.

Por fim, destaca-se uma das conclusões do estudo de Venkatapuram (2009): *"Epidemiology needs a robust general theory of the causation and distribution of ill-health in order to do better science, and to provide richer information to for determining the ethical social response to the causes, distribution patterns, and consequences of ill-health. At the same time, the exchange between epidemiology and philosophy has to become more vigorous and mutual because social justice theorizing would be significantly incomplete if it did not take into account the empirical knowledge of the social bases of health inequalities and their consequences"*.

#### 4. Fontes de princípios éticos

Muitos dos princípios éticos são reconhecidos em diversos documentos no âmbito do Direito Internacional e nas leis fundamentais de vários países. Tal não significa que se possa afirmar um cumprimento estrito dos mesmos. Ou seja, não basta possuir características de país desenvolvido, ou um regime democrático, ou ratificar convenções internacionais para garantir uma actuação ética, em termos genéricos. Como resulta da análise de Gostin (2003), a Saúde Pública não é o único valor social, e se as suas políticas não considerarem os direitos humanos, as opções podem gerar conflitos entre saúde e liberdade. Assim, dada a sua importância, destacam-se as principais fontes de normas e princípios éticos actualmente vigentes.

##### 4.1 Declaração Universal dos Direitos do Homem

Foi adoptada pela Organização das Nações Unidas em 10 de Dezembro de 1948, no contexto pós II Guerra Mundial e proclama os direitos considerados básicos do ser humano, com vista a promover a paz entre os Estados e a democracia.

A sua tradução em português encontra-se publicada no *Diário da República* n.º57, de 1978, nos termos de Aviso do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

Deu origem a dois importantes tratados, em 1966, que a complementam<sup>37</sup>: Tratado Internacional dos Direitos Cívicos e Políticos e Tratado Internacional dos Direitos Económicos,

---

<sup>37</sup> Para além dos seguintes: **Convenção Internacional para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial** (aprovada em 07/03/1966 e entrou em vigor em 04/01/1969); **Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres** (aprovada em 18/12/1979 e entrou em vigor em 03/09/1981); **Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos e Punições Cruéis, Desumanos e Degradantes** (aprovada em 10/12/1984, entrou em vigor em 26/06/1987); **Convenção sobre os Direitos da Criança** (aprovada em 20/11/1989 e entrou em vigor em 02/09/1990), inclui o Protocolo Opcional sobre o Envolvimento de Crianças em Conflitos Armados (aprovado em 25/05/2000

Sociais e Culturais. É a principal referência em termos de protecção das liberdades e dignidade da pessoas e encontra-se subscrita por cerca de 200 Estados.

Verifica-se que o direito à saúde não é mencionado, a par do direito à vida, à igualdade, à justiça, ao trabalho ou à educação, observando-se apenas uma única referência: *“Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade”* (cfr. n.º1 do art. 25.º).

Com efeito, observa-se que a Convenção Europeia dos Direitos do Homem, ratificada por Portugal nos termos da Lei n.º65/78, de 13 de Outubro, também não inclui referências expressas ao direito à Saúde.

Não obstante, salienta-se que o direito à Saúde está intimamente relacionado e depende da concretização de outros direitos fundamentais, como o direito à alimentação, à habitação, ao trabalho, à educação, à dignidade, à vida, à não discriminação, à privacidade, entre outros, conforme decorre do estudo de Marks (2001).

#### 4.2 Declaração de Helsínquia

A Declaração de Helsínquia foi adoptada em 1964 pela Associação Médica Mundial e é reconhecida internacionalmente como código de conduta da investigação médica em seres humanos. Foi sucessivamente alterada em 1975 (Tóquio), 1983 (Veneza), 1989 (Hong-Kong), 1996 (Somerset West), 2000 (Edimburgo), 2002 (Washington), 2004 (Tóquio), 2008 (Seúl). É uma referência essencial para os protocolos de pesquisa ou de ensaios clínicos apresentados a comissões de ética institucionais.

Das suas diversas normas, destacam-se:

*“8. A investigação médica está sujeita a normas éticas que servem para promover o respeito por todos os seres humanos e para proteger a sua saúde e os seus direitos individuais. Algumas populações submetidas a investigação são vulneráveis e necessitam protecção especial. Devem reconhecer-se as necessidades particulares dos que têm desvantagens económicas e médicas. Também se deve prestar atenção especial aos que não podem dar ou recusar o consentimento por si mesmos, aos que podem dar consentimento sob pressão, aos que não beneficiarão pessoalmente com a investigação e aos que têm a investigação combinada com a assistência médica. (...)”*

*16. Todo o projecto de investigação médica em seres humanos deve ser precedido de uma cuidadosa comparação dos riscos calculados com os benefícios previsíveis, para o indivíduo ou para os outros. Isto não impede a participação de voluntários sãos na investigação médica. O desenho de todos os estudos deve estar acessível ao público. (...)”*

*23. Ao obter o consentimento informado para o projecto de investigação, o médico deve ter especial cuidado quando o indivíduo estiver vinculado a ele por uma relação de dependência ou se consentir sob pressão. Em tal caso, o consentimento informado deve ser obtido por um médico bem informado que não participe na investigação e que nada tenha que ver com aquela relação. (...)”*

*27. Tanto os autores como os editores têm obrigações éticas. Ao publicar os resultados da sua investigação, o médico está obrigado a manter a exactidão dos dados e resultados. Devem publicar-se tanto os resultados negativos como os positivos ou em alternativa estar disponíveis publicamente. Na publicação deve citar-se a fonte de financiamento, as afiliações institucionais e qualquer possível conflito de interesses. Os informes sobre investigações que não se cinjam aos princípios descritos nesta Declaração não devem ser aceites para publicação. (...)”*

---

e entrou em vigor em 13/02/2002) e o Protocolo Opcional sobre a Venda de Crianças, Prostituição Infantil e Pornografia Infantil de (aprovado em 25/05/2000 e entrou em vigor em 18/01/2002); **Convenção Internacional para a Protecção dos Direitos de todos os Trabalhadores Migrantes e suas Famílias** (aprovada em 18/12/1990 e entrou em vigor em 01/07/2003); **Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência** (aprovada em 13/12/2006 e entrou em vigor em 03/05/2008); **Convenção Internacional para Proteger todas as Pessoas de Desaparecimentos Forçados** (aprovada em 20/12/2006, ainda não entrou em vigor).

28. *O médico pode combinar a investigação médica com os cuidados médicos, apenas quando tal investigação estiver justificada pelo seu potencial valor preventivo, diagnóstico ou terapêutico. Quando a investigação médica se combinar com a assistência médica, as normas adicionais aplicam-se para proteger os pacientes que participam na investigação. (...)”*

#### 4.3 Direitos do Doente

Os direitos e deveres do doente estão estabelecidos em diversos documentos de carácter internacional, como a Declaração sobre os direitos do doente ou, Declaração de Lisboa, aprovada pela Associação Médica Mundial em 1981, e ainda a Carta dos direitos das pessoas doentes, aprovada pelo *Bureau* Regional da Europa da Organização Mundial de Saúde.

Em Portugal algumas das normas nesta matéria encontram-se expressamente previstas em sede legal na Constituição, na Lei de Bases da Saúde, e estão presentes, ainda que de forma aleatória, em diversa legislação de saúde. Existem, porém, dois documentos que as consagram específica e concentradamente, num esforço de transposição e síntese dos documentos internacionais: a Carta dos Direitos e Deveres do Doente e a Carta dos Direitos do Doente Internado, ambas elaboradas pela Direcção-Geral da Saúde.

Destacamos algumas das normas previstas na Carta dos Direitos do Doente Internado, por se tratar do documento elaborado mais recentemente:

*“(...) 5. O doente internado tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados. (...)*

*7. O doente internado tem direito a obter uma segunda opinião sobre a sua situação clínica. (...)*

*10. O doente internado tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico. (...)*

*14. O doente internado tem direito à sua liberdade individual.”*

Não obstante, salienta-se que a dificuldade em definir consensualmente conceitos como o de ‘identidade pessoal’, considerando a reflexão de Renaud (2008), leva à possibilidade de prejudicar a ‘*compreensão saudável da pessoa*’, não a respeitando inteiramente e não lhe reconhecendo os direitos ou deveres que à luz de princípios éticos lhe são devidos ou exigidos.

#### 4.4 Investigação em seres humanos

A área da investigação em seres humanos, interessando em especial à bioética, encontra-se bastante desenvolvida, existindo dois documentos com importância fundamental que merecem destaque:

- As Directrizes éticas internacionais para a investigação envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Council for International Organizations of Medical Sciences, em colaboração com a OMS, em 1993, em Genebra.
- A Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Face às Aplicações da Biologia e da Medicina, proposta pelo Conselho da Europa e ratificada por Portugal, nos termos da Resolução da Assembleia da República n.º1/2001, de 19 de Outubro de 2000, que entrou em vigor em 1 de Dezembro de 2001. No âmbito desta Convenção foram celebrados os seguintes Protocolos Adicionais:
  - Protocolo Adicional que proíbe a clonagem de seres humanos (2001), em vigor em Portugal.
  - Protocolo Adicional sobre o Transplante de Órgãos e Tecidos de Origem Humana (2003), em vigor em Portugal.
  - Protocolo Adicional sobre Testes Genéticos para fins de Saúde (2008), ainda não ratificado por Portugal.

#### 4.5 A Constituição Portuguesa

A definição de Portugal como Estado, baseado na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária é, para a Candidata, o pilar mais importante para a aplicação da ética em Saúde Pública, no qual assentam os princípios da universalidade, da igualdade e da proporcionalidade, assim como os

direitos fundamentais, entre os quais destacamos o direito de resistência, à vida, à integridade pessoal, à liberdade e segurança, de consciência, de religião e de culto, à saúde, ambiente e qualidade de vida (cfr. art. 1.º, 12.º, 13.º, 266.º n.º2, 21.º, 24.º, 25.º, 27.º, 64.º)

Merece ainda uma evidência especial o disposto no art. 19.º da CRP, nos termos do qual os órgãos de soberania não podem, conjunta ou separadamente, suspender o exercício dos direitos, liberdades e garantias, salvo em caso de estado de sítio ou de estado de emergência, declarados na forma prevista na Constituição, sendo que a declaração do estado de sítio ou do estado de emergência em nenhum caso pode afectar os direitos à vida, à integridade pessoal, à identidade pessoal, à capacidade civil e à cidadania, à não retroactividade da lei criminal, ao direito de defesa dos arguidos e à liberdade de consciência e de religião.

#### **4.6 Medidas excepcionais em Saúde Pública**

A Lei n.º81/2009, de 21 de Agosto, aplicável às entidades do sector público, privado e social, que de uma forma geral façam investigação em Saúde Pública, veio instituir um sistema de vigilância em Saúde Pública, aprovar medidas de prevenção e controlo das doenças transmissíveis e outros riscos em Saúde Pública e, ainda, prever um poder regulamentar excepcional a exercer pelo Ministro da Saúde.

Este poder, ainda que juridicamente circunscrito, através de critérios de excepcionalidade e de indispensabilidade, às situações de emergência em saúde pública, viabiliza a aplicação imediata de medidas de restrição, suspensão ou encerramento de actividades, ou a separação de pessoas que não estejam doentes, ou ainda de meios de transporte ou mercadorias que tenham sido expostos, de forma a evitar a eventual disseminação da infecção ou contaminação.

Como se compreende, existe a necessidade de aplicar os critérios de proporcionalidade que respeitem os direitos, liberdades e garantias fundamentais nos termos da Constituição e da lei, incluindo a protecção da confidencialidade e a protecção de dados pessoais. Contudo, observa-se que na ausência de uma definição legal de emergência em Saúde Pública, o escopo destas medidas excepcionais é tanto maior quanto maior for a capacidade de justificar a sua aplicação perante o enquadramento legal aplicável.

Quanto ao sistema de vigilância em Saúde Pública, este visa identificar situações de risco para a Saúde Pública e preparar planos de contingência para fazer face a situações de emergência ou de calamidade pública. Implica a articulação de diversas entidades do Ministério da Saúde, através do Conselho Nacional de Saúde Pública, da Comissão Coordenadora de Vigilância Epidemiológica e da Comissão Coordenadora de Emergência, bem como a criação de uma rede de informação e comunicação através da implementação do Sistema de Informação Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE).

Por fim, as medidas de prevenção e controlo consistem na organização da resposta perante uma emergência, bem como na actualização do plano de acção nacional de contingência para as epidemias, a notificação obrigatória de doenças transmissíveis e outros riscos em Saúde Pública por parte dos profissionais de saúde, que exerçam actividade no SNS, no sector privado ou social, e dos responsáveis por laboratórios.

Este é de facto um exemplo de como a lei pode funcionar como uma importante ferramenta de protecção da Saúde Pública, como propõe Martin (2006a), salientando a necessidade de ser suficientemente flexível ou sensível para a sua aplicação do domínio da saúde Pública.

Por fim, observa-se que no âmbito do nosso ordenamento jurídico estão por regulamentar, no âmbito das emergências em Saúde Pública, situações como a quarentena, a requisição de meios privados ou a abolição de fronteiras.

Fora do contexto legislativo importa salientar o Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de Gripe (PORTUGAL. Ministério da Saúde. DGS, 2008), que contém orientações normativas para a actuação ao nível da coordenação, avaliação, aplicação e comunicação de medidas excepcionais e estabelece os fundamentos, entre outros aspectos, da vacinação.

Estas medidas, que diferem em função das diferentes fases da pandemia, são segmentadas em função dos respectivos destinatários (instituições, profissionais de saúde, público em geral), das situações concretas a considerar (por exemplo, são previstas medidas específicas a aplicar aos viajantes), bem como do tipo de cuidados de saúde a prestar (ambulatório ou internamento), visando a articulação concertada de todos os intervenientes.

#### 4.7 Os códigos deontológicos das profissões de Saúde

Na tentativa de perceber a importância da ética nas profissões de saúde, lançou-se um olhar sobre as normas deontológicas emanadas pela Ordem dos Médicos, dos Farmacêuticos e dos Enfermeiros, confirmando-se a presença da ética transversal aos actos de prestação de cuidados de saúde.

A **Ordem dos Médicos** compreende nos seus Estatutos<sup>38</sup> o Conselho Nacional de Deontologia e Ética Médica, que possui a atribuição genérica de velar pela perfeita observância das normas deontológicas que regem tradicionalmente a ética médica, no que se refere aos deveres para com os doentes, a comunidade e médicos em geral (cfr. art. 79.º).

O Código Deontológico<sup>39</sup> da Ordem dos Médicos, aprovado recentemente, define a Deontologia Médica como o conjunto de normas de natureza ética que, com carácter de permanência e a necessária adequação histórica na sua formulação, o médico deve observar e em que se deve inspirar no exercício da sua actividade profissional, traduzindo assim a evolução do pensamento médico ao longo da história tem a sua primeira formulação no código hipocrático (cfr. art. 1.º).

Este Código Deontológico é rico em referências éticas, expressas e implícitas, directas e indirectas, salientando-se que para além das normas relativas ao consentimento informado, incluindo a menores ou incapazes, a previsão de deveres éticos em matérias como o fim de vida, transplante de órgãos e tecidos humanos, a procriação medicamente assistida, esterilização, intervenções no genoma humano, transexualidade e disforia de género, relação com indivíduos privados de liberdade, experimentação humana, telemedicina, entre outras.

No âmbito da experimentação humana, salienta-se a regra segundo a qual qualquer investigação de diagnóstico ou de terapêutica, médica ou cirúrgica, deve revestir-se de garantias éticas, apoiadas nas comissões de ética onde se realiza a investigação, e apreciadas, sempre que tal se justifique, pelo Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas, como instância de recurso (cfr. art. 80.º).

O conceito de sigilo médico é definido como condição essencial ao relacionamento médico-doente, assente no interesse moral, social, profissional e ético, que pressupõe e permite uma base de verdade e de mútua confiança (cfr. art. 85.º), fazendo notar a influência dos valores sociais, e apesar do elevado grau de subjectividade inerente à aplicação aos casos concretos.

Destaca-se ainda a norma que esclarece que o facto de um médico comunicar à Ordem, de forma objectiva e com a devida discrição, as infracções dos seus colegas contra regras da técnica e ética médicas, não constitui falta ao dever de solidariedade, mas um dever ético (cfr. n.º4 do art. 128.º).

Fragata (2004) esclarece sobre as implicações éticas do erro em medicina, salientando a importância de garantir ao doente o direito à verdade, independentemente das suas consequências, aludindo à dificuldade real de se lidar com o insucesso por razões que vão além da reparação pecuniária do dano. Afiança, à luz da sua experiência profissional, que dizer a verdade ameniza o conflito e o ambiente de confiança estabelecido com o doente, que aceita *‘um pedido formal de desculpas e o confessar espontâneo, apoiado em razões inteligíveis’*. Por fim, propõe regras práticas para lidar com o erro e, numa perspectiva positiva, lembra-se que a errar também se aprende.

---

<sup>38</sup> Aprovados pelo Decreto-Lei n.º282/77, de 5 de Julho.

<sup>39</sup> Regulamento n.º14/2009, de 13 de Janeiro.

Em matéria de Saúde Pública, em consonância com a Lei n.º81/2009, de 21 de Agosto, referida no ponto anterior, são, entre outros, previstos deveres gerais de cooperação em situações de epidemia e catástrofe, bem como o dever de obediência às determinações das autoridades de saúde, sem prejuízo do cumprimento das normas deontológicas (cfr. art. 113.º).

A **Ordem dos Farmacêuticos**, nos termos dos seus Estatutos<sup>40</sup>, reserva-se a atribuição de, no âmbito deontológico, defender e incentivar o respeito e a observância dos princípios que informam a dignidade farmacêutica e o exercício da profissão, designadamente nos domínios da ética e da deontologia profissional (cfr. al. a) do n.º5 do art. 3.º).

Compete ao Conselho Nacional de Deontologia Farmacêutica da Ordem dos Farmacêuticos velar pela observância das normas éticas e deontológicas que regem tradicionalmente a profissão farmacêutica, no que se refere aos deveres para com a saúde, a sociedade e os farmacêuticos entre si, sem prejuízo das competências dos conselhos jurisdicionais (cfr. n.º3 do art. 34.º).

Desta regulamentação, importa referir o dever deontológico geral, que veda aos farmacêuticos a prática de actos contrários à ética profissional que possam influenciar a livre escolha do utente (cfr. al. f) do art. 90.º), que depois se reflecte nos restantes deveres deontológicos e, ainda o dever de informação ética, segundo o qual os farmacêuticos se devem manter informados sobre as situações em que os direitos fundamentais do Homem e da Ciência possam entrar em conflito e sobre os pareceres do Conselho Nacional da Ética para as Ciências da Vida, relativamente às implicações de natureza ética e social resultantes das aplicações das novas tecnologias à vida humana (cfr. art. 94.º).

A **Ordem dos Enfermeiros** contempla igualmente a ética na sua missão ao definir nos seus Estatutos<sup>41</sup> que o seu desígnio fundamental é promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional (cfr. n.º1 do art. 3.º).

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros contém o Código Deontológico do Enfermeiro, sob o princípio geral de que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro, assim como dos valores da igualdade, da liberdade responsável, da verdade e da justiça, do altruísmo, para além da solidariedade e da competência e aperfeiçoamento profissionais (cfr. art. 78.º).

A ética é expressamente consagrada no dever deontológico geral de proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional (cfr. al. c) do art. 79.º), e reflecte-se nos deveres específicos, entre outros, para com a comunidade, bem como no respeito pelos valores humanos, pela intimidade e pelo doente terminal, pelos deveres de informação e de sigilo, pelo direito à vida e à qualidade de vida, e à humanização dos cuidados.

Observa-se, portanto, que estes Regulamentos constituem fontes importantes de normas éticas, acabando por reflectir a natureza da actividade de cada profissão e as questões com as quais os profissionais são confrontados no âmbito do seu exercício, podendo ser objecto de uma análise mais aprofundada com vista à sua divulgação.

Sem prejuízo das normas de carácter deontológico referidas, que enformam as relações dos profissionais entre si e com a respectiva ordem profissional, existem outros planos de responsabilidade dos profissionais de saúde, como bem salienta Pina (1994), ao nível da responsabilidade civil, penal e disciplinar, que comportam igualmente princípios éticos, embora de teor não específico da Saúde, razão pela qual não são aqui analisados.

---

<sup>40</sup> Aprovados pelo Decreto-Lei n.º288/2001, de 10 de Novembro.

<sup>41</sup> Na redacção dada pela Lei n.º111/2009, de 16 de Setembro.

## CAPÍTULO III

### UNIDADES DE ÉTICA NA SAÚDE EM PORTUGAL

#### 1. As Comissões de ética para a Saúde

O Decreto-Lei n.º97/95, de 10 de Maio, veio criar as comissões de ética para a saúde, prevendo o seu funcionamento nas instituições e serviços de saúde públicos e privados.

De acordo com o referido diploma, as comissões de ética para a saúde devem zelar pela observância de padrões de ética no exercício das ciências médicas, por forma a proteger e garantir a dignidade e integridade humanas, procedendo à análise e reflexão sobre temas da prática médica que envolvam questões de ética.

Concretamente, compete-lhes:

- Zelar, no âmbito do funcionamento da instituição ou serviço de saúde respectivo, pela salvaguarda da dignidade e integridade humanas;
- Emitir pareceres sobre questões éticas no domínio das actividades da instituição ou serviço de saúde respectivo;
- Pronunciar-se sobre protocolos de investigação científica;
- Pronunciar-se sobre pedidos de autorização para a realização de ensaios clínicos da instituição ou serviço de saúde respectivo e fiscalizar a sua execução;
- Pronunciar-se sobre a suspensão ou revogação da autorização para a realização de ensaios clínicos na instituição ou serviço de saúde respectivo;
- Reconhecer a qualificação científica adequada para a realização de ensaios clínicos;
- Promover a divulgação dos princípios gerais da bioética pelos meios julgados adequados.

As comissões de ética têm uma composição multidisciplinar, sendo constituídas por sete membros de entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos, juristas, teólogos, psicólogos, sociólogos ou profissionais de outras áreas das ciências sociais e humanas.

Os seus membros são designados pelo director clínico e a sua constituição é homologada pelo conselho de administração, sendo o seu mandato de três anos.

Os pareceres emitidos não possuem carácter vinculativo, devendo actuar as comissões com independência e sob dever de sigilo.

No plano público, para além das comissões de ética para a Saúde, criadas no âmbito das unidades prestadoras de cuidados do SNS, também o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e a Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, I.P. procederam à criação de uma comissão de ética para a Saúde<sup>42</sup>. Da análise dos pareceres da ARS do Norte verifica-se no entanto que os mesmos incidem indiferentemente sobre matérias colocadas no âmbito hospitalar, por unidades prestadoras que dependem hierarquicamente daquela ARS, por investigadores individuais, ou por entidades ligadas à investigação, com aplicação regional ou nacional.

No plano privado, existem ainda diversas comissões de ética em unidades hospitalares, mas também em associações particulares de solidariedade social, como é o caso da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal.

A lista das comissões de ética existentes no sistema de saúde, elaborada e disponibilizada pela DGS, é publicada em anexo ao presente trabalho, (Anexo I).

---

<sup>42</sup> Até à data as restantes Administrações Regionais de Saúde não criaram comissões de ética.

Sem prejuízo dos inquéritos realizados à actuação das CES em 2000 e 2008, que seguidamente se apresentam, salienta-se que segundo Neves (2008) estas unidades *“começam a ser alvo de alguma desconfiança, em relação à sua competência interna e independência externa, apontando-se já a sua crise”*, sendo apontadas, no âmbito da sua actividade as seguintes dificuldades:

- Dificuldades internas de carácter estrutural: selecção dos membros, formação de cada um para as funções que assume, diversidade e pluralismo da composição;
- Dificuldades internas de carácter funcional: independência dos membros, critérios de avaliação ética, transparência dos processos implementados, capacidade de acompanhamento dos processos aprovados e assumpção da responsabilidade pelas decisões tomadas;
- Dificuldades externas de natureza científica: as CES podem constituir um obstáculo à liberdade da investigação ao imporem critérios éticos e não científicos para a aprovação de projectos;
- Dificuldades externas de natureza económica: ameaça dos interesses económicos que visam o lucro rápido através do progresso científico que pode conduzir a menor rigor no processo de investigação, recurso a meios indevidos, e menor segurança dos resultados;
- Dificuldades externas de natureza política: falta de apoio institucional, designadamente em relação a pressões de entidades externas, deficiente regulamentação e insuficientes meios para desenvolver a actividade.

### **1.1 Principais conclusões do inquérito realizado pelo Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto às Comissões de Ética para a Saúde em 2000/2001**

O Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto realizou, como refere Neves et al (2002), em 2000/2001, um inquérito às Comissões de Ética para a Saúde com o objectivo de conhecer a sua realidade e, em especial: a percentagem de hospitais que possuíam CES, qual a sua constituição em termos de experiência profissional, características específicas dos seus membros (idade, sexo, confissão religiosa, etc.), método para alcançar a decisão, tipo de decisão (consenso, maioria simples ou qualificada), existência de critérios específicos de decisão relativamente a incapazes, menores, grávidas, grau de independência relativamente à direcção clínica e estruturas intermédias, tais como as ARS, direito à privacidade e autonomia na investigação epidemiológica face à necessidade de obtenção de consentimento informado, método de funcionamento das CES, e decisão adoptada num caso paradigmático.

Dos resultados deste inquérito, vamos destacar apenas os com maior pertinência para este estudo, considerando o tempo entretanto decorrido, e o facto de esta realidade ter sofrido uma alteração significativa decorrente da aprovação do Decreto-Lei n.º 46/2004, de 19 de Agosto. Este diploma, aprovou o regime jurídico da realização de ensaios clínicos em seres humanos com a utilização de medicamentos de uso humano, e criou a Comissão de Ética para a Investigação Clínica suscitando um conflito positivo de competências com as CES, que determinou naturalmente a alteração da realidade então observada.

Deste modo, das respostas referidas salienta-se que para a maioria dos inquiridos a função das CES não se limita à emissão de pareceres sobre ensaios clínicos, (ainda que 97% tenham referido que é um objectivo concreto da sua actuação); 83% indicou um mandato de 3 anos; 86% referiu a ausência de conflito de interesses como pré-requisito para integrar uma comissão de ética; 91% informou aceitar a confidencialidade; 89% preferiu a discussão em grupo e relator final como método para alcançar a decisão final, (decidindo, 39% dos casos por maioria simples, 29% por maioria qualificada e 27% por unanimidade).



## **1.2 Principais conclusões do inquérito realizado pela DGS às Comissões de Ética para a Saúde em 2008**

A DGS, através da então Direcção de Serviços da Qualidade Clínica, realizou em 2008 um inquérito às CES, que teve por objectivo avaliar a realidade nacional e identificar aspectos a melhorar, (PORTUGAL. Ministério da Saúde. DGS, 2008).

Este inquérito compreendeu 39 questões e foi realizado no período compreendido entre 18 de Julho de 2008 e 31 de Outubro desse ano, tendo sido solicitada a participação de 68 CES e verificando-se uma taxa de respostas de 98,5%.

De entre as suas conclusões, salientam-se as dificuldades das CES ao nível estrutural, devido à falta de formação específica, à falta de tempo oficialmente atribuído aos seus membros para dedicarem a esta actividade e ao nível funcional devido à inexistência de plano ou relatório de actividades e ausência de condições logísticas de funcionamento adequadas.

Destas conclusões, deduziu-se a maior necessidade de intervenção dos órgãos de gestão.

Resultou ainda dos dados recolhidos através deste inquérito que 38% dos pareceres efectuados pelas CES incidiam sobre questões relativas a questões de ética de investigação, 35,5% sobre questões de ética assistencial e 27% sobre questões de ética institucional.

Outro dado que se considera relevante é a ausência de articulação entre as CES e, na maioria das situações, a inexistência de partilha de pareceres. A interacção das CES com os profissionais de saúde da própria instituição também se afigura escassa.

## **2. A Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC)**

A Lei n.º 46/2004, de 19 de Agosto, que aprova o regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano, criou a CEIC, definida como o organismo independente, constituído por profissionais de saúde e outros, incumbido de assegurar a protecção dos direitos, da segurança e do bem-estar dos participantes nos ensaios clínicos e de a garantir junto do público, a quem compete, em regra, emitir o parecer único.

À CEIC compete definir os requisitos materiais e humanos que as comissões de ética para a saúde devem reunir para estarem habilitadas a emitir parecer quando para o efeito designadas pela CEIC, para além de acompanhar a sua actividade neste âmbito, de elaborar um relatório anual de actividades a submeter à apreciação do Ministro da Saúde, assim como de receber e validar o pedido de parecer apresentado pelo promotor (responsável pela concepção, realização, gestão ou financiamento de um ensaio clínico), pronunciando-se sobre o seguinte:

- Pertinência do ensaio e da sua concepção;
- Resultado da avaliação dos benefícios e riscos previsíveis;
- O protocolo;
- Aptidão do investigador principal e dos restantes membros da equipa;
- Brochura do investigador;
- Qualidade das instalações;
- Adequação e o carácter exaustivo das informações escritas a prestar, assim como o procedimento de obtenção do consentimento livre e esclarecido;
- Fundamentação da realização do ensaio em pessoas incapazes de prestar o consentimento livre e esclarecido;
- Disposições sobre indemnização e compensação por danos patrimoniais e não patrimoniais, incluindo o dano morte, imputáveis ao ensaio;
- Seguros destinados a cobrir a responsabilidade do investigador e do promotor;
- Montantes e as modalidades de retribuição ou compensação eventuais dos investigadores e dos participantes nos ensaios clínicos e os elementos pertinentes de qualquer contrato financeiro previsto entre o promotor e o centro de ensaio;
- Modalidades de recrutamento dos participantes.

A CEIC funciona junto do INFARMED, na dependência do Ministro da Saúde, sendo os seus membros por ele nomeados.

Relativamente a esta actividade, salienta-se que para dotar a investigação clínica de ética, não basta, segundo Carneiro (2008), a existência de consentimento informado, relevando essencialmente '*a utilidade e o valor social da investigação*', que podem ser analisadas em função dos requisitos propostos por Ezekiel Emanuel e col.:

- 1) Valor social e científico da investigação;
- 2) Validade científica da investigação;
- 3) Correcta selecção de sujeitos para estudo;
- 4) Rácio risco-benefício favorável;
- 5) Revisão independente do protocolo de investigação;
- 6) Garantia do consentimento informado;
- 7) Respeito pelos sujeitos de estudo.

### **3. O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV)**

O CNECV foi criado pela Lei n.º 14/90, de 9 de Junho, revogada pela Lei n.º 24/2009, de 29 de Maio, que o redefine como órgão consultivo independente que funciona junto da Assembleia da República, e que tem por missão analisar os problemas éticos suscitados pelos progressos científicos nos domínios da biologia, da medicina ou da saúde em geral e das ciências da vida.

Concretamente, no essencial, compete-lhe:

- Acompanhar sistematicamente a evolução dos problemas éticos suscitados pelos progressos científicos nos domínios da biologia, da medicina ou da saúde em geral e das ciências da vida;
- Emitir pareceres sobre questões no âmbito do seu objecto;
- Apresentar anualmente à Assembleia da República um relatório sobre o estado da aplicação das novas tecnologias à vida humana e respectivas implicações de natureza ética e social, formulando as recomendações que tenha por convenientes;
- Promover a formação, bem como a sensibilização da população em geral sobre os problemas éticos nos domínios da ciência da vida;
- Assegurar a representação nacional em reuniões internacionais de organismos congéneres;
- Divulgar as suas actividades, pareceres e publicações;
- Elaborar um relatório sobre a sua actividade no fim de cada ano civil.

A sua composição inclui:

- Seis pessoas de reconhecido mérito que assegurem especial qualificação na reflexão ética suscitada pelas ciências da vida, eleitas pela Assembleia da República;
- Oito pessoas de reconhecido mérito que assegurem especial qualificação no domínio das questões da bioética, designadas pela Ordem dos Médicos, pela Ordem dos Enfermeiros, pela Ordem dos Biólogos, pela Ordem dos Advogados, pelo Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas, pela Academia das Ciências de Lisboa, pelo conselho médico - legal do Instituto Nacional de Medicina Legal, ouvido o respectivo conselho técnico - científico, e pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, I. P.;
- Três pessoas de reconhecido mérito científico nas áreas da biologia, da medicina ou da saúde em geral e das ciências da vida e duas pessoas de reconhecido mérito científico nas áreas do direito, da sociologia ou da filosofia, designadas por resolução do Conselho de Ministros;

O mandato dos seus membros tem a duração de cinco anos, não podendo ser renovado mais de uma vez.

Salvaguardadas as situações de sigilo previstas na lei, os pareceres do CNECV são públicos e devem ser disponibilizados no respectivo sítio na *Internet*.

Da apreciação dos pareceres emitidos pelo CNECV, observa-se que a sua actividade tem abordado os seguintes temas:

- Parecer sobre o projecto de Lei N.º 788/X – “Direitos dos doentes à informação e ao consentimento informado” (2009);
- Parecer sobre venda directa de Testes genéticos ao público (2008);
- Parecer sobre a proposta de lei relativa ao regime jurídico da qualidade e segurança relativa à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana (2008);
- Parecer sobre o regime jurídico da qualidade e segurança relativa à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana (2007);
- Parecer sobre os Projectos de Lei Nº 126/X (Estabelece os Princípios da Investigação Científica em Células Estaminais e a Utilização de Embriões) e Nº 376/X (Estabelece o Regime Jurídico de Utilização de Células Estaminais, para Efeitos de Investigação e Respectivas Aplicações Terapêuticas) (2007);
- Parecer sobre o regime jurídico da base de dados de perfis de ADN (2007);
- Parecer sobre “diagnóstico genético pré-implantação” (2007);
- Parecer sobre a Proposta de Lei N.º 65/X (Alteração à Lei N.º 12/93, de 22 de Abril - Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana) (2006);
- Parecer sobre a execução do teste de detecção do VIH após exposição ocupacional (2006);
- Parecer sobre clonagem humana (2006);
- Parecer sobre objecção ao uso de sangue e derivados para fins terapêuticos, por motivos religiosos (2005);
- Parecer sobre o estado vegetativo persistente (2005);
- Procriação Medicamente Assistida (2004).

Salientados os aspectos mais relevantes do regime do CNECV e os temas abordados nos últimos pareceres disponíveis, é ainda de sublinhar que a sua composição não prevê expressamente um representante do Ministério da Saúde, pelo que, em teoria, é possível que o seu funcionamento não tenha em conta as prioridades da política de saúde, nem os constrangimentos da sua execução. Por outro lado, também não se garante que a política de Saúde, que cabe ao Ministério da Saúde liderar, tenha efectivo conhecimento dos pressupostos e da dimensão das questões éticas que urge resolver prioritariamente. Esta falta de articulação impede a criação de sinergias com vista ao tratamento das questões éticas em saúde pública.

No entanto, considerando a Orgânica do Ministério da Saúde, cumpre notar a inexistência de um organismo ou unidade orgânica com dimensão nacional que possa ser responsável por esta articulação.

#### **4. O Conselho Nacional de Procriação medicamente Assistida (CNPMA)**

Ao CNPMA, criado pela Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho, no âmbito da Assembleia da República, compete, genericamente, pronunciar-se sobre as questões éticas, sociais e legais da PMA e em concreto desenvolver as seguintes atribuições:

- Actualizar a informação científica sobre a PMA e sobre as suas técnicas;
- Estabelecer as condições em que devem ser autorizados os centros onde são ministradas as técnicas de PMA, bem como os centros onde sejam preservados gâmetas ou embriões;
- Acompanhar a actividade dos referidos centros, fiscalizando o cumprimento da lei;
- Dar parecer sobre a autorização de novos centros, bem como sobre situações de suspensão ou revogação dessa autorização;

- Dar parecer sobre a constituição de bancos de células estaminais, bem como sobre o destino do material biológico resultante do encerramento destes;
- Estabelecer orientações relacionadas com a DGPI;
- Apreciar, aprovando ou rejeitando, os projectos de investigação que envolvam embriões;
- Aprovar o documento através do qual os beneficiários das técnicas de PMA prestam o seu consentimento;
- Prestar as informações relacionadas com os dadores;
- Pronunciar-se sobre a implementação das técnicas de PMA no Serviço Nacional de Saúde;
- Reunir as informações prestadas à equipa médica, efectuando o seu tratamento científico e avaliando os resultados médico-sanitários e psicossociológicos da prática da PMA;
- Definir o modelo dos relatórios anuais de actividade dos centros de PMA, recebê-los e avaliá-los;
- Contribuir para a divulgação das técnicas disponíveis e para o debate acerca das suas aplicabilidades;
- Centralizar toda a informação relevante acerca da aplicação das técnicas de PMA;
- Deliberar caso a caso sobre a utilização das técnicas de PMA para selecção de grupo HLA (*human leukocyte antigen*) compatível para efeitos de tratamento de doença grave.

Os membros do CNPMA são nove personalidades de reconhecido mérito que garantam especial qualificação no domínio das questões éticas, científicas, sociais e legais da PMA, sendo cinco designados da Assembleia da República e quatro pelos membros do Governo que tutelam a saúde e a ciência, sem limite de mandatos.

Deve notar-se que este Conselho, ao contrário do CNECV, assegura a articulação com representantes do Ministério da Saúde, permitindo assim a fluidez na circulação de informação e a integração no processo de tomada de decisão, que é essencial para a criação de sinergias que viabilizem o cumprimento dos seus objectivos.

## 5. O Conselho de Ética da DGS

O Conselho de Ética da DGS ainda não está instituído. Contudo, considera-se que o seu funcionamento é essencial para permitir o tratamento especializado e adequado das questões que neste âmbito são colocadas a este organismo. Entre as diversas vantagens da sua institucionalização, destaca-se a função de garante da reflexão ética, que dotaria de legitimidade os seus pareceres, a representação desta matéria a nível nacional, bem como o apoio às CES, designadamente, através do estabelecimento de um elo de ligação que proporcione uma articulação concertada. Por outro lado, pode apoiar a tutela antecipando o consenso necessário à prossecução de iniciativas de carácter operacional, legislativo ou de investigação e daria certamente um contributo importante para a difusão de informação dirigida a utentes e a profissionais de saúde.

Quanto à sua composição, afigura-se que não deverá incluir representantes do CNECV, da CNPMA e da CEIC, que, por dependerem da Assembleia da República ou da Ministra da Saúde, se situam a um nível mais elevado de actuação, devendo, no entanto, assegurar-se a representação das seguintes entidades: Comissões de ética para a saúde, por região, a indicar por cada ARS; Infarmed; Coordenação Nacional para a Infecção VIH/Sida; Escola Nacional de Saúde Pública; Ordem dos Médicos; Ordem dos Enfermeiros; Ordem dos Farmacêuticos; e Direcção-Geral da Saúde.

Os representantes a indicar, preferencialmente, seriam personalidades com perfil profissional que demonstre conhecimentos e experiência em ética.

Por fim, observa-se que a coordenação deste Conselho deve caber ao Director-Geral da Saúde.

## CAPÍTULO IV

### UNIDADES DE ÉTICA NA SAÚDE: PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Neste capítulo, irá percorrer-se a orgânica das principais organizações que actuam no âmbito da saúde, a fim de averiguar a existências de unidades, departamentos, gabinetes ou projectos dedicados à ética, fazendo-se, sempre que oportuno, menção da sua missão e competências. Considera-se oportuno, neste âmbito, citar Ruger (2006), que alerta para uma responsabilidade moral, que deve ser partilhada à escala global: *“(...) health inequalities are morally troubling because deprivations in people’s capacity for good health reduce their overall capability to achieve alternative ‘beings’ and ‘doings’. Justice in health requires societies to provide individuals with the necessary conditions for achieving the highest possible threshold level of health so they can have flourishing lives. From this perspective, a global community that allows individuals to die prematurely and suffer unnecessary morbidity when it could create the social and economical conditions necessary to sustain life is unjust. Rather than subscribing to the bottomless pit view, it sees aid to the worse-off as a moral imperative. (...) international agencies and organizations (...) must work together and in a supportive and facilitative role vis-à-vis state actors and institutions to correct global health injustices. (...) A moral framework should be applied to all global health policies”.*

#### 1. Organização das Nações Unidas

A Organização das Nações Unidas (ONU) foi fundada oficialmente a 24 de Outubro de 1945, após o fim da Segunda Guerra Mundial, com os objectivos de manter a paz mundial, proteger os Direitos Humanos, promover o desenvolvimento económico e social das nações, estimular a autonomia dos povos dependentes e reforçar os laços entre todos os estados soberanos. Possui actualmente como Membros 192 Países, para além da Cidade do Vaticano, que tem o estatuto de observador.

O Sistema da Organização das Nações Unidas é centralizado nos seguintes órgãos: Assembleia Geral; Conselho de Segurança; Conselho Económico e Social, no âmbito do qual existem várias comissões: Organização para a Agricultura e Alimentação (FAO), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e o Conselho de Direitos Humanos (ex-Comissão dos Direitos Humanos); Conselho de Tutela; Tribunal Internacional de Justiça; Secretariado.

Na estrutura da ONU existe o *“Ethics Office”*, que, segundo informação enviada à Candidata pelo Secretariado em 9 de Novembro de 2009, aplica princípios éticos profissionais aos seus funcionários públicos internacionais, sem, portanto, quaisquer funções externas.

#### 1. 1. Organização Mundial de Saúde (OMS)

A OMS foi fundada em 7 de Abril de 1948, no âmbito da Organização das Nações Unidas, e tem sede em Genebra, na Suíça. A origem da OMS remonta ao *comité de higiene*, criado após a Primeira Guerra Mundial, pela Sociedade das Nações.

Com vista a prosseguir o objectivo de desenvolver o mais possível o nível de saúde de todos os povos, compete à OMS liderar os assuntos de saúde a nível global, determinar a agenda, aprovar normas e padrões de actuação, articular opções políticas baseadas na evidência,

apoiar tecnicamente os países e monitorizar e analisar as tendências de evolução dos índices de saúde.

O conceito de *saúde* adoptado pela OMS é suficientemente amplo para incluir todo o tipo de acções multidisciplinares que contribuam para o seu objectivo, sendo definido como: *‘estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente na ausência de uma doença ou enfermidade’*.

A articulação das políticas de saúde dos diversos países é algo difícil de desenvolver, considerando as diferenças decorrentes das suas características específicas, dos seus estádios de desenvolvimento, entre outras razões, como veio a demonstrar o estudo de Allin (2004): *“Although the broad goals are often similar, as are the strategies pursued, both the political values that guide the choice of priorities and the strategies used, and the organizational structures within which decisions are made, vary greatly. Thus, countries differ in the relative emphasis they place on individual and collective actions, reflecting both long-standing views about the role of the state and the autonomy of the individual, as well as medium-term changes in the political balance of power. They also differ in terms of the structure of government, (...), and the role played by nongovernmental organizations.*

*Secondly, the countries differ in terms of the nature of the contemporary challenges to population health. Again, there are long-standing factors as well as those acting over the medium and short term. (...) For these reasons, it is entirely to be expected that governmental policies on public health will differ among countries.*

*Thirdly, the accounts available largely reflect the highly selective views of those most intimately involved in the relevant policies and often assume a rational model of policy development and implementation, which, as more detailed research in public policy shows, is very rarely the case. In the absence of primary policy research it is not possible to comment on the ways in which some items appear on the policy agenda while others do not, or the informal, but extremely important, mechanisms by which policies are developed.*

*For all these reasons, (...) it is not possible to draw firm conclusions about the relative merits of different systems for identifying, prioritizing, developing and implementing public policies in the countries reviewed. Consequently **one of the main findings of this study is the need for much more detailed international comparisons of public health policy-making and implementation, including the role of informal networks and mechanisms.**”* (salientado nosso).

O Departamento de Ética, Equidade, Comércio e Direitos Humanos da OMS nasceu em Outubro de 2002, com o intuito de criar um ponto focal para a análise das questões éticas suscitadas no âmbito das actividades da organização e de desenvolver projectos relacionados com um amplo conjunto de temas globais da bioética, desde o transplante de órgãos até à genética médica, e com a equidade no acesso aos serviços de saúde. Assim, os assuntos de ética em saúde são tratados no âmbito deste Departamento, mas em colaboração com os restantes Departamentos, através de projectos conjuntos nas áreas da ética na prestação de cuidados, na saúde pública e na ciência biomédica.

Através do Comité Inter-Agências de Bioética das Nações Unidas<sup>43</sup>, este Departamento articula-se com os Departamentos de Ética de outras agências das Nações Unidas, e com organizações governamentais ou não, que tenham por objecto assuntos de ética em saúde.

Este Departamento já desenvolveu trabalhos no âmbito dos seguintes temas: pesquisa em ética em Saúde, questões éticas no planeamento da gripe pandémica, questões éticas suscitadas pela epidemia da HIV/Sida, clonagem humana, questões éticas suscitadas no âmbito da prestação de cuidados continuados, assim como transplante de órgãos e tecidos humanos. Sobre estes temas foram publicados vários documentos, encontrando-se alguns em discussão.

---

<sup>43</sup> São membros deste Comité a Organização de Alimentação e Agricultura (FAO), a Organização Internacional do Trabalho (ILO), o Gabinete do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos (UNHCHR), a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), a Organização Mundial da Propriedade Intelectual (WIPO), e a OMS.

## **1.2 Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO)**

A UNESCO é a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, criada em 1945, com a adopção do Acto Constitutivo a 16 de Novembro. O seu principal objectivo é contribuir para a paz, desenvolvimento humano e segurança no mundo, promovendo o pluralismo, reconhecendo e conservando a diversidade, favorecendo a autonomia e a participação na sociedade do conhecimento. Tem sede em Paris e, entre os seus principais objectivos estratégicos, salientam-se a promoção da educação como direito fundamental, estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos, a promoção de princípios e normas éticas que orientem o desenvolvimento científico e tecnológico e as transformações sociais, a melhoria da segurança humana mediante uma melhor gestão das mudanças sociais, fortalecer os vínculos entre ciência e desenvolvimento, através do desenvolvimento das capacidades e o aproveitamento partilhado do conhecimento, e promover a expressão do pluralismo e a diversidade cultural nos meios de comunicação e nas redes mundiais de informação.

Desde o seu envolvimento na promoção de reflexão internacional sobre a ética das ciências da vida na década de 1970, a UNESCO continua a construir e reforçar as ligações entre ética, cientistas, decisores políticos e sociedade civil para ajudar os Estados a adoptar políticas ponderadas em questões de ética e da ciência e tecnologia.

O trabalho da UNESCO incide nas áreas da Bioética e da Ética da Ciência e Tecnologia, estando em curso diversos projectos<sup>44</sup>.

## **2. Conselho da Europa**

O Conselho da Europa foi fundado em 1949, com a finalidade de velar pela defesa dos direitos humanos, pelo desenvolvimento democrático e pela estabilidade político-social na Europa. Esta organização tem 47 Estados Membros, incluindo os 27 que formam a União Europeia.

No Conselho da Europa inclui-se a Convenção Europeia dos Direitos Humanos e o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, que julga os processos encaminhados pelos Estados-Membros quando está em causa a violação de um ou vários direitos humanos.

---

<sup>44</sup> Actualmente destacam-se os seguintes projectos em desenvolvimento: i) Laboratório de ideias, dedicado à abordagem dos novos desafios éticos: proporciona um fórum de reflexão intelectual multidisciplinar, plural e multicultural sobre a ética da ciência e tecnologia, através do 1) Comité Internacional de Bioética (criado em 1993, é composto por 36 peritos independentes e acompanha o progresso das ciências da vida e suas aplicações, a fim de garantir o respeito pela dignidade humana e da liberdade), 2) Comité Intergovernamental de Bioética (criado em 1998, é composto por 36 Estados-Membros cujos representantes se reúnem pelo menos uma vez a cada dois anos para analisar as recomendações do Comité Internacional de Bioética), 3) Comissão Mundial de Ética do Conhecimento Científico e Tecnologia (órgão consultivo e fórum de reflexão composto por 18 peritos independentes, encarregue de formular princípios éticos que forneçam aos decisores critérios além das considerações puramente económicas), 4) conferências organizadas em todo o mundo; ii) Acção normativa pioneira no campo da bioética: inclui a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos (aprovada em 1997), a Declaração Internacional sobre Dados Genéticos Humanos (aprovada em 2003) e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (aprovada em 2005); iii) 'Clearing House': responsável pelo desenvolvimento do Observatório de Ética, que consiste num sistema de bases de dados com cobertura mundial em bioética e em outras áreas da ética aplicada em ciência e tecnologia; iv) 'Capacity-builder': fornece apoio, em termos de ferramentas e suporte técnico, aos Estados Membros, com vista à criação de infra-estruturas de ética, através dos Programas de assistência aos comités de bioética e de educação ética; v) Catalisador para a cooperação internacional: visa colaborar com os principais parceiros internacionais no campo da ética da ciência e tecnologia e promover a coordenação entre os principais actores através do Comité de Bioética Inter-Agências das Nações Unidas.

Esta organização possui os seguintes órgãos principais: Comité de Ministros; Assembleia Parlamentar; Congresso dos Poderes Locais e Regionais; Secretariado-Geral que abrange várias direcções-gerais e Secretariados e Gabinetes.

Observa-se, portanto, que não está prevista uma unidade especialmente dedicada ao tratamento das questões éticas, devendo admitir-se que, dada a sua transversalidade, podem ser tratadas no âmbito de qualquer uma das unidades que compõem o Secretariado-Geral. Não obstante, verifica-se que a Direcção-Geral dos Direitos Humanos e Assuntos Jurídicos, bem como a Direcção-Geral de Coesão Social, possui especial vocação para o tratamento das questões éticas.

Com efeito, a Direcção-Geral dos Direitos Humanos e Assuntos Jurídicos é responsável pelo desenvolvimento e implementação dos direitos humanos e das bases legais advogadas pelo Conselho da Europa, incluindo a promoção da democracia através do direito, a operacionalização de tratados e mecanismos de supervisão e todas as actividades conexas nestes domínios, cabendo-lhe ainda a responsabilidade por todas as matérias da sua competência relevantes para o cumprimento dos objectivos estatutários da Organização.

Esta Direcção-Geral tem como principais objectivos: assistir e aconselhar o Secretário-Geral, o Comité de Ministros e todos os seus comités subordinados; fornecer apoio de secretariado e consultoria para a Organização do Tratado e, eventualmente, a outros departamentos da organização sobre as questões relativas à legislação e às políticas no domínio dos direitos humanos e o Estado de Direito; elaborar e avaliar normas jurídicas. Cabe-lhe ainda a protecção geral de direitos civis, políticos, económicos e sociais, que inclui a prevenção da tortura e outras penas ou tratamentos desumanos ou degradantes, a protecção das minorias nacionais, a luta contra o racismo e a intolerância; e a protecção contra ameaças à dignidade e integridade (tráfico, violência, etc.). Por outro lado, assume também a promoção da igualdade entre homens e mulheres, a protecção da liberdade de expressão, a promoção da independência, a pluralidade, a luta contra todas as formas de criminalidade, incluindo a corrupção e branqueamento de capitais, o reforço da cooperação internacional em matéria penal, nomeadamente no que respeita às prisões, nacionalidade, protecção de dados e promoção da justiça.

Por seu lado, a Direcção-Geral de Coesão Social compete promover a coesão social e a melhoria da qualidade de vida na Europa, para o proveito genuíno dos direitos humanos fundamentais e respeito da dignidade humana.

Os principais objectivos desta Direcção-Geral são elaborar e promover padrões europeus, políticas, práticas e ferramentas nas áreas social, da deficiência, da saúde, da emigração e da bioética, apoiar a não-discriminação e igualdade de oportunidades e a diversidade étnica e cultural, com vista a reduzir a desigualdade e construir a confiança num futuro comum e seguro para todos, além de assessorar o Secretário-Geral, o Comité de Ministros e os seus comités subordinados e outros órgãos estatutários da Organização, nestas matérias. Deve ainda auxiliar e fiscalizar a Direcção Europeia de Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde, a Secretaria do Acordo Parcial do Conselho da Europa e o Banco de Desenvolvimento e Grupo Co-Operativo no Combate ao Abuso de Drogas e Tráfico Ilícito de Drogas (Grupo Pompidou) na execução das actividades neste âmbito, em conformidade com os termos destes Acordos Parciais.

### **3. Comunidade Europeia**

Sobre a evolução dos tratados da União Europeia, Sakellarides (2006) refere que a Saúde Pública foi-se integrando cada vez melhor, contudo a questão dos cuidados de saúde foi deixada ao domínio das responsabilidades dos Estados-Membros: *“Mais de 60 anos após Beveridge, 30 anos após Lalonde, 20 anos após a estratégia europeia da OMS, a ideia oficial de saúde da EU e a sua ‘estratégia de saúde’ não integra, numa concepção única, comportamentos, ambiente, diagnóstico e tratamento da doença e organização, gestão e*



*financiamento dos serviços de saúde. Não chegou sequer ao ponto de adoptar metas de saúde para a Europa. Existem para a educação e para a sociedade da informação”.*

Esta é, portanto, uma matéria relativamente à qual tem sido difícil encontrar formas de harmonizar a vontade dos Estados-Membros, como ilustram, por exemplo, as negociações que há alguns anos se desenrolam com vista à livre circulação de doentes no espaço europeu.

### **3.1 A Direcção-Geral da Saúde e da Protecção do Consumidor**

A organização da Comunidade Europeia compreende a Direcção-Geral da Saúde e da Protecção do Consumidor (DG Sanco), que tem por missão tornar os cidadãos europeus mais saudáveis, mais seguros e confiantes, actuando nas seguintes áreas: saúde pública, política do consumidor e cadeia alimentar.

Na área da Saúde foram estabelecidas as seguintes prioridades estratégicas para o período 2004-2009: obter melhores resultados no campo da obesidade, do tabagismo e dos malefícios do álcool, reduzir a pandemia do VIH/SIDA, maximizar os benefícios de saúde de outras políticas (ambiente, política social, mercado interno), reforçar as defesas contra as doenças emergentes, promover a resistência antimicrobiana, melhorar a segurança e a qualidade dos serviços de saúde) e destacar as preocupações com a prevenção e com a protecção dos jovens da Europa destas ameaças.

O organigrama da DG Sanco inclui 6 Direcções, das quais destacamos a Direcção de Saúde Pública e Análise do Risco, que compreende as seguintes áreas: Gestão do Conhecimento e Programa de Saúde, Informação de Saúde, Ameaças à Saúde, Determinantes da Saúde, Estratégias de Saúde e Sistemas de Saúde, Direitos da Saúde e Internacional e Análise do Risco. Não encontramos, portanto, uma unidade orgânica dedicada à Ética em Saúde, pelo que iremos presumir que as questões éticas suscitadas no âmbito dos diversos assuntos são tratadas no âmbito das respectivas áreas de intervenção.

### **3.2 Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças**

Considerando que os surtos de doenças transmissíveis podem representar uma ameaça grave para a saúde e bem-estar dos cidadãos da Comunidade Europeia, que circulam diariamente entre Estados-Membros e o exterior, a Comissão Europeia, sob propostas da DG Sanco e em colaboração com a Organização Mundial de Saúde e outros países, iniciou, em 1999, o projecto para a criação de uma rede de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis e um sistema de alerta rápido e resposta para a sua prevenção e controlo.

Em 2004, o Parlamento Europeu e o Conselho aprovaram a criação do Centro Europeu para Prevenção e Controlo de Doenças, com vista a efectuar a monitorização e controlo das doenças transmissíveis e outras ameaças graves para a saúde, assim como mobilizar a articulação dos Estados-Membros para este propósito.

As principais actividades do ECDC centram-se na vigilância epidemiológica, identificação de redes de laboratórios de referência e reforço dos sistemas de garantia de qualidade dos laboratórios microbiológicos; na gestão do sistema de Alerta Rápido e Resposta; na elaboração de pareceres científicos no âmbito das doenças transmissíveis sobre questões de medicina clínica e epidemiologia, até à normalização de procedimentos de laboratório; na assistência técnica no âmbito da investigação de surtos de doenças desconhecidas nos Estados-Membros ou país terceiros; na comunicação da informação essencial para o público e para os decisores da Comissão, de forma facilmente acessível, confiável e compreensível;

A estrutura do ECDC compreende um Conselho Directivo, um Director e um Conselho Consultivo, mas não dispõe de um Departamento ou unidade especialmente dedicada às questões éticas, sendo consequentemente o seu tratamento efectuado no âmbito das diversas unidades que o compõem.

#### **4. O Centro de Controlo de Doenças do Governo Norte Americano (CDC)**

O CDC é um organismo do Departamento da Saúde e Serviços Humanos do Governo dos Estados Unidos da América, sediado em Atlanta, e criado há mais de 60 anos, sendo-lhe cometida a missão de colaborar para criar conhecimento, informação e as ferramentas necessárias para a protecção da saúde - através da promoção da saúde, prevenção de doenças, lesões e invalidez e preparação para novas ameaças à saúde.

Para prosseguir a sua missão, o CDC colabora com outras entidades americanas e do mundo nas seguintes actividades: monitorizar os índices de saúde; detectar e investigar problemas de saúde; realizar pesquisas para melhorar a prevenção; desenvolver e promover políticas de saúde pública, implementar estratégias de prevenção, promover comportamentos saudáveis, promover ambientes seguros e saudáveis, liderar e dar formação.

Estas actividades são a base da missão do CDC, a desenvolver por cada uma das organizações que o compõem no âmbito da realização dos seus programas específicos, comprometendo-se igualmente com a excelência científica, incluindo profissionais de saúde pública e líderes com elevadas competências e padrões de qualidade e práticas éticas.

O CDC mantém um Programa dedicado à ética, similar ao que existe na estrutura da ONU, que visa interpretar as normas regulamentares de conduta e oferecer formação continuada e aconselhamento para evitar que o CDC e os seus funcionários possam violar princípios éticos e descredibilizar a confiança do público no Governo<sup>45</sup>.

A par desta vertente, o Programa de Ética do CDC inclui uma área dedicada a ética em saúde pública, que actua num plano teórico e prático e tem como principal objectivo integrar as ferramentas de análise ética no dia-a-dia da actividade do CDC.

No plano teórico, procura compreender e esclarecer os princípios e valores que orientam as acções de saúde pública e fornecem um quadro para a tomada de decisão e uma forma de a justificar. É explicado que como as acções de saúde pública são dirigidas à população, os princípios e valores que norteiam a saúde pública diferem normalmente daqueles que orientam as acções em biologia e medicina clínica (bioética e ética médica), que se centram no doente, a um nível individual.

No plano prático, a ética em saúde pública aplica os princípios e valores pertinentes à tomada de decisão em saúde pública, realizando três funções essenciais: identifica e clarifica as questões éticas colocadas; analisa as alternativas de solução que são possíveis e suas consequências; decide qual é a opção mais adequada integrando e equilibrando os princípios e valores identificados.

A actividade da Ética em Saúde Pública é apoiada pela Comissão de Ética de Saúde Pública e pela Subcomissão de Ética, que consiste num Conselho Consultivo do Director.

A Comissão de Ética tem funções operacionais, sendo responsável pela construção da infra-estrutura ética, incluindo a promoção de um ambiente e cultura para apoio e desenvolvimento de práticas éticas, a sensibilização do pessoal para a ética em saúde pública, o fornecimento de ferramentas para a análise de questões éticas, competindo-lhe ainda propor orientações para aplicação da ética em consultas de saúde pública e na formação do pessoal do CDC sobre a ética em saúde pública.

A Subcomissão de Ética é composta por especialistas externos e pode ser consultada sobre um amplo conjunto de áreas de ética em saúde pública, no âmbito da intervenção do CDC.

#### **5. Países da União Europeia**

Procurou averiguar-se a existência de unidades orgânicas ou organizações dedicadas à ética para a saúde nos países que compõem a União Europeia, questionando-se directamente os Ministérios da Saúde ou estruturas equivalentes ou, na impossibilidade de apurar os seus

---

<sup>45</sup> Estas unidades ou agências com competências éticas ao nível do pessoal são transversais relativamente a todos os organismos do Governo Norte Americano.

endereços de correio electrónico, foram consultadas instituições com responsabilidades na área da Saúde, tendo-se colocado a seguinte questão, no mês de Dezembro de 2009:

*"I wonder if it's possible to inform if the organizational structure of your Ministry of Health has a department or some kind of unit dedicated to ethic issues, and if not, how are they treated. I need this information to present our recent Unit of Ethics and Responsibility within the Directorate-General of Health of the Portuguese Ministry of Health. Thank you very much for your help."*

Como se irá verificar, a informação fornecida careceria de ser mais detalhada. Contudo, permite obter uma visão mais geral desta realidade, ainda que incipiente e insuficiente.

Responderam a este pedido de esclarecimento os seguintes Países:

### **Luxemburgo**

Através do Ministério da Saúde, informou não possuir qualquer departamento ou unidade dedicado a questões de ética em Saúde Pública.

### **Hungria**

Informou, através do Departamento de Assuntos Internacionais e Europeus do Ministério da Saúde, que existem três comités centrais de ética para os ensaios ou investigação clínica, em função das respectivas áreas de competências: investigação em medicamentos, intervenções, terapia avançada, gestão de informação clínica, biobancos, etc.

Estes comités possuem um secretariado comum no âmbito do Conselho para a Investigação Médica da Hungria. O secretariado deste Conselho situa-se no Ministério da Saúde.

### **Bélgica**

Nos termos da informação prestada pelo Serviço Federal de Mediação de Direitos Humanos, do organismo público federal *'Health, Food Chain Safety and Environment'*, instituiu, na sequência de um acordo de cooperação assinado em 15 de Janeiro de 1993, pelo Governo Federal, as Comunidades de Língua Francesa, Flamenga e Alemã e a Comissão Conjunta para os Assuntos da Comunidade, o Comité de Aconselhamento em Bioética com as seguintes funções principais: prestar aconselhamento sobre as questões suscitadas na investigação e aplicação da investigação nos domínios da biologia, medicina e cuidados de saúde, a partir das perspectivas ética, social e jurídica, tendo em conta especialmente o respeito pelos direitos humanos, assim como informar o público e as autoridades sobre estas questões.

### **Dinamarca**

Não existe no Ministério da Saúde e Prevenção ou no Ministério da Alimentação, uma estrutura dedicada a assuntos de ética em saúde pública, conforme informação enviada pelo Instituto Nacional da Alimentação. Contudo, na Dinamarca existe, desde 1988, o Conselho de Ética, de vocação nacional, que tem por objecto fornecer ao Parlamento dinamarquês, às autoridades oficiais e ao público conselhos e informações sobre as questões éticas suscitadas no serviço nacional de saúde e no âmbito do desenvolvimento da biomedicina.

### **Alemanha**

A resposta foi enviada através do Departamento de Imprensa do Instituto Robert Koch que informou sobre a criação, em 2007, do Conselho de Ética, de vocação nacional ao nível da República federal da Alemanha, cujo objecto se centra no acompanhamento das questões de ética, sociedade, ciência, medicina e de direito e das prováveis consequências para o indivíduo e sociedade, para além da investigação e desenvolvimento, em particular no domínio das ciências da vida e da sua aplicação para a humanidade. As suas principais funções são: informar o público e incentivar a sociedade, envolvendo os diversos grupos sociais, elaborar pareceres e recomendações de medidas políticas e legislativas e cooperar com os Conselhos Nacionais de Ética e instituições similares de outros Estados e das organizações internacionais.

## **França**

Os Serviços Públicos franceses informaram sobre a criação do Comité Consultivo Nacional de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde, entidade independente que tem por missão emitir pareceres sobre questões éticas e sociais suscitadas pelo avanço do conhecimento nas áreas de biologia, medicina e saúde. Relativamente a cada questão colocada, este Comité, composto por um presidente e 39 membros (5 representantes das principais famílias filosóficas e espirituais, incluindo as religiões católica, protestante, judaica e muçulmana, 19 personalidades com competência e interesse pelos assuntos da ética e 15 personalidades do sector da investigação), fornece uma reflexão aprofundada que permita formar uma opinião.

## **Estónia**

O Subdirector-Geral do *Health Care Board*, que reúne as autoridades de Saúde do Governo da Estónia, informou que não possuem uma unidade específica para assuntos de ética, apesar de por vezes se confrontarem com questões éticas. Sendo uma entidade com competências de supervisão têm verificado que, por exemplo, ao nível da prescrição existem alguns problemas com contornos éticos, mas, tratando-se de matéria não regulada na lei, quaisquer observações feitas neste âmbito não têm força jurídica.

Mais informou que os assuntos éticos são principalmente da responsabilidade das organizações profissionais, ou das organizações ‘chapéu’ de médicos (Associação Estoniana de Médicos), possuindo também a Faculdade de Medicina centros dedicados a este tema.

## **Reino Unido**

Da parte do *Department of Health*, organismo técnico-normativo do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, foi enviada resposta esclarecendo que este Departamento não possui uma equipa específica dedicada a questões éticas na saúde, mas várias equipas que tratam especificamente o consentimento informado, a doação de órgãos, a genética, a fertilização humana e a embriologia nas respectivas áreas de trabalho.

Até à entrega deste trabalho não responderam os seguintes países: Áustria, Bulgária, Chipre, República Checa, Finlândia, Grécia, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Malta, Países Baixos, Polónia, Roménia, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, e Suécia.

Assim, recorrendo ao *Background Paper* do Congresso Americano (1993), é possível acrescentar a seguinte informação:

- República Checa: em 1990 criou a Comissão Nacional de Ética Médica.
- Finlândia: criou em 1991 a Comissão Nacional de Investigação Ética, como órgão consultivo do Governo, e um Conselho Consultivo de Ética para a Saúde para o Ministério da Saúde.
- Grécia: em 1987 emergiu a Sociedade Helénica de Ética Médica e Deontologia, grupo não governamental que apresenta propostas ao Ministério da Saúde.
- Itália: criou em 1990 a Comissão Nacional de Bioética.
- Malta: criou em 1989 a Comissão Nacional de Ética para a Saúde.
- Países Baixos: possui, desde 1977 a Comissão de Bioética. Dispõe ainda de um Conselho de Saúde, órgão consultivo do Governo, e da Comissão de Investigação Médica para a Saúde.
- Polónia: fundou em 1977 a Comissão Ética de Revisão da Investigação Biomédica.
- Roménia: em 1990 a Academia Medica das Ciências criou a Comissão Biomédica, independente do Governo.
- Espanha: possui comissões de ética nos hospitais.
- Suécia: dispõe, desde 1985, do Conselho Nacional de Ética Médica, órgão consultivo do Governo.

## II – PARTE PRÁTICA: CASO DE ESTUDO

### Nota introdutória

Esta segunda parte é totalmente dedicada ao planeamento estratégico do Gabinete, a desenvolver com recurso à análise descritiva exposta na Parte I.

Inicia-se o planeamento estratégico a partir dos conceitos de estratégia e de planeamento em saúde, introduzindo-se depois a descrição da aplicação da metodologia *Balanced Scorecard* e o fundamento para a sua adopção. Procede-se então à aplicação desta metodologia, o mais esquematicamente possível, reflectindo-se sobre as dinâmicas existentes entre os diversos agentes e concluindo com os objectivos estratégicos e respectivas iniciativas, ou seja, o que se poderá esperar do Gabinete, num horizonte temporal de três anos.

## CAPÍTULO V

### PLANEAMENTO ESTRATÉGICO: BASES CONCEPTUAIS E METODOLOGIA ADOPTADA

#### 1. Estratégia

Estratégia é um conceito importado das operações militares, destacando-se os ensinamentos herdados de Sun Tzu (544-496 a.C.) (2003), para quem a maior das excelências seria subjugar o exército do inimigo sem mesmo o combater<sup>46</sup>.

Existem na Literatura diversas definições de estratégia que Nicolau (2001) sintetizou e das quais salientamos as propostas por Porter, em 1980, como *“as acções ofensivas ou defensivas para criar uma posição defensável numa indústria, para enfrentar com sucesso as forças competitivas e assim obter um retorno maior sobre o investimento”*, e por Mintzberg, em 1988, como *“força mediadora entre a organização e o seu meio envolvente: um padrão no processo de tomada de decisões organizacionais para fazer face ao meio envolvente”*.

Deste modo, a gestão estratégica será, portanto, um conjunto de decisões que nos permitem alcançar um objectivo, como ganhar uma batalha ou aumentar a qualidade dos serviços prestados. No fundo, é a forma como chegamos lá.

Ou seja, quando se pretende ir para um certo lugar, pode-se ir a pé, de bicicleta, comboio, automóvel ou avião, entre outros meios de transporte, pode-se sair mais cedo ou mais tarde, ir mais depressa ou mais devagar, considerando o boletim meteorológico ou o trânsito, decidir se vamos sozinhos ou acompanhados, ou até se pode levar-se um livro para ler no caminho. A estratégia é portanto o acto de decidir como vai ser esta viagem, tendo em conta a distância, os meios de transporte a que se pode recorrer e as facilidades de que se pode dispor, ou seja, as características do objectivo, os recursos disponíveis e os meios que melhor servem os interesses a acautelar.

A definição da estratégia pode envolver decisões bastante difíceis face à multiplicidade de factores a considerar e o nível de incerteza que exista relativamente a alguns deles.

Assim, também as estratégias com vista à prevenção e protecção da saúde podem ser relativamente simples de delinear ou extremamente difíceis, se, por exemplo, não existirem recursos disponíveis ou a imprevisibilidade for muito elevada. É, por exemplo, o caso das situações de epidemias súbitas, do bioterrorismo, ou de catástrofes naturais, que obrigam a que a estratégia se alicerce em cenários, sem que exista uma forma antecipada de saber se aqueles cenários vão efectivamente ocorrer nos termos planeados.

---

<sup>46</sup> A Arte da Guerra, ob. cit.

Por outro lado, através do exercício da estratégia pode-se inclusivamente concluir que não há qualquer forma de chegar ao lugar pretendido, a não ser que aconteça uma alteração nos factores que condicionam os impedimentos identificados.

Por fim, um outro aspecto a salientar relativamente à estratégia é o seu carácter pontual ou fotográfico, no sentido de que as suas conclusões dependem em cada momento da dinâmica dos factores considerados, e, nesta medida, a actualização das análises estratégicas é fundamental para garantir a sua viabilização. Deste modo, aquilo que hoje parece impossível pode ser a única alternativa viável de amanhã.

A figura que seguidamente se apresenta demonstra a dificuldade inerente à definição da estratégia, considerando a amplitude da envolvente externa e dos processos internos, que podem ser simples, se forem racionais e controláveis, ou 'quase-caos', se forem naturais e imprevisíveis.

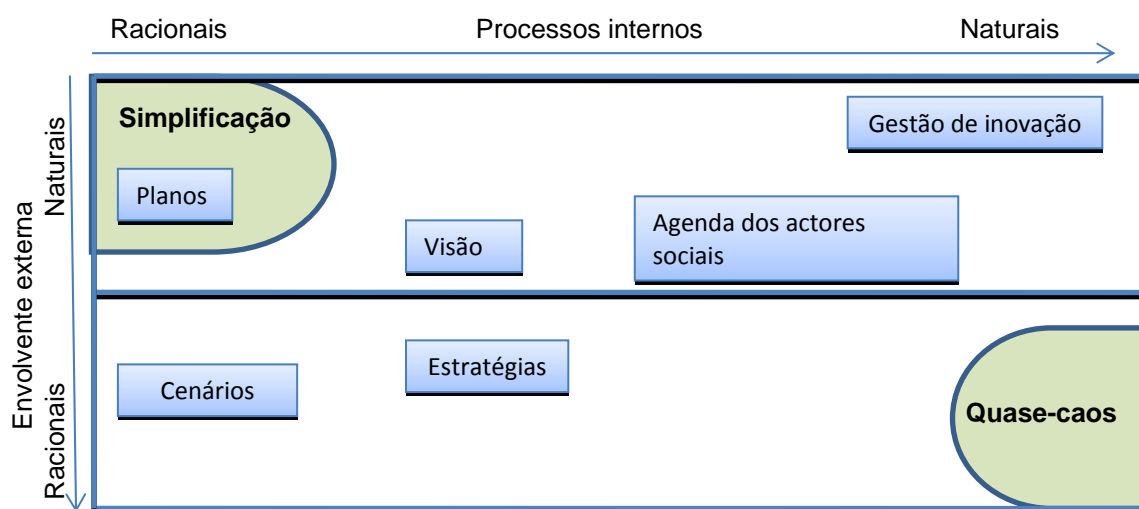


Figura 2: Risco e estratégia  
Adaptado de Sakellarides. Estratégias de saúde (aulas). 2004

Assim, os processos racionais e controláveis são, por exemplo, os planos nacionais de saúde, que compreendem directrizes relativamente objectivas que são ditadas para os respectivos agentes de execução aos diversos níveis (*top-down*). A gestão da inovação surge quando os processos são naturais e controláveis, tirando-se partido da mudança na organização ou nos procedimentos, baseada em novas tecnologias e ou no entusiasmo empreendedor (*bottom-up*). A reacção às epidemias e ao bioterrorismo, conforme já explicado, é decidida com base em cenários, numa lógica de processos internos racionais e com um nível elevado de imprevisibilidade. Por fim, na área do quase-caos, em que se conjugam processos naturais com elevado nível de imprevisibilidade, surgem as situações de catástrofe natural, de violência e insegurança, em que tudo pode acontecer, e em que a informalidade sobressai na resposta, que se requer o mais imediatamente possível.

## 2. Planeamento em Saúde

O planeamento estratégico é o processo através do qual se decide, cria o potencial e prepara a forma de alcançar o futuro, considerando os riscos envolvidos na análise estratégica. Ora, no plano da Saúde, os riscos poderão eventualmente ser minorados se o planeamento for desenvolvido correctamente, cumprindo as suas fases, que se identificam e descrevem brevemente, com o auxílio de um exemplo:

- 1) Assim, em primeiro lugar, importa saber quais são os factores que caracterizam a nossa situação de partida, por exemplo, os dados epidemiológicos sobre a prevalência, incidência e determinantes de uma determinada doença.

- 2) Seguidamente, tendo em conta esses dados, decide-se que a prioridade é diminuir o nível de incidência, ou seja, de casos novos dessa doença.
- 3) Para este efeito, estabelece-se como objectivo diminuir em 10% o nível de incidência, ao longo de 3 anos, na população-alvo, entre os 12 e os 18 anos.
- 4) Depois, estuda-se a melhor forma de atingir este objectivo e conclui-se que implica incutir hábitos saudáveis, de uma forma pedagógica mas apelativa, fora do contexto escolar e através de personalidades que sirvam de modelo aos jovens.
- 5) É decidido que devem executar-se as seguintes actividades: i) Criação de um blogue, com dados sobre a doença, riscos associados, formas de a evitar, entre outra informação útil, permitindo-se um espaço através do qual os jovens podem falar com personalidades seleccionadas sobre a doença; ii) Elaboração de um anúncio publicitário informativo sobre as causas da doença, que também dê publicidade ao blogue; iii) Inclusão numa telenovela de uma personagem com esta doença, de forma a melhor demonstrar as perdas ao nível social que a doença é susceptível de provocar.
- 6) Faz-se então a selecção das personalidades que se inserem no perfil escolhido, contactam-se os respectivos agentes e empresas de comunicação e de produção televisiva e definem-se orçamentos. Olha-se para os recursos disponíveis, de modo a perceber as alternativas viáveis do ponto de vista financeiro e afectam-se os recursos humanos considerados suficientes para levar a cabo cada iniciativa.
- 7) Verificando-se a existência de verba disponível para fazer face às despesas, parte-se para a preparação da execução elaborando os materiais e as mensagens-chave a transmitir através do blogue, do anúncio publicitário e do argumento da telenovela.
- 8) Concluídos os preparativos, cria-se o blogue, grava-se o anúncio e as cenas da telenovela com a nova personagem.
- 9) Define-se o método de avaliação desta intervenção, por exemplo, através do número de visitas ao blog, da audiência dos anúncios e da telenovela, bem como da posterior medição dos níveis de incidência daquela doença através do inquérito nacional de saúde, ou da aplicação de questionários através do blogue, e conclui-se relativamente ao seu aumento ou diminuição e sobre a associação das suas causas à intervenção efectuada. A avaliação inclui ainda um olhar retrospectivo sobre todo o processo à procura de eventuais erros com os quais é preciso aprender, dando-lhes o devido destaque e evitando também que outros os repitam no futuro.



Figura 3: Planeamento em Saúde

Interessa ainda, fundamentalmente, perceber a evolução da incidência, caso esta intervenção não tivesse ocorrido, conforme se demonstra através do seguinte gráfico:

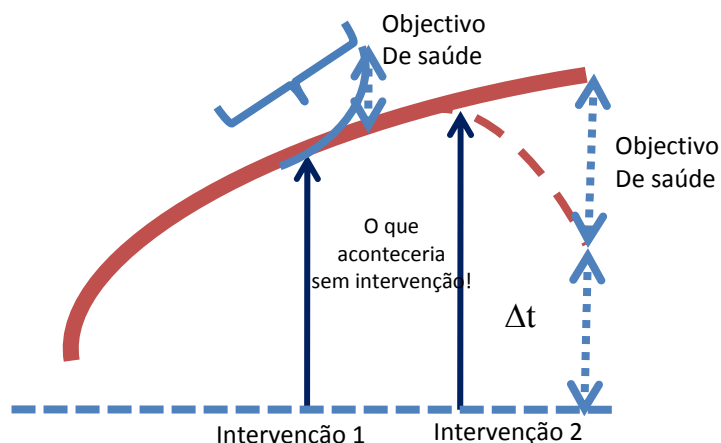


Figura 4: Intervenção de saúde  
Adaptado de Sakellarides. Estratégias de saúde (aulas). 2004

### 3. O *Balanced Scorecard* (BSC)

No caso de estudo vamos executar o planeamento estratégico através do BSC.

O BSC é uma ferramenta de gestão que permite clarificar e monitorizar a estratégia de uma organização no seu todo ou nas respectivas unidades orgânicas. Teve origem num estudo realizado nos anos 90 por Robert Kaplan e David Norton, com vista a desenvolver novas formas de proceder à avaliação de desempenho e foi-se depois tornando um sistema de gestão integrada que, segundo os autores referidos (1996a), *“translates an organization’s mission and strategy into a comprehensive set of performance measures that provides the framework for a strategic measurement and management system”*.

Na sua primeira versão, em 1996, o BSC surge como um sistema que equilibra indicadores de performance financeira com indicadores de performance não financeira, tendo evoluído, em 2001, para uma ferramenta de gestão da estratégia, no sentido de ir além da sua implementação, implicando a monitorização e a motivação e alinhamento dos colaboradores. Em 2006, o alinhamento dos activos intangíveis, ou seja, da organização com a estratégia e a metodologia foi considerado crítico para a aplicação do BSC, (Steiger, 2008).

Assim, o BSC parte da definição da missão, visão e valores, que conduzem à definição dos vectores estratégicos, alinhados com as perspectivas de clientes, recursos, processos e conhecimento, sendo a escolha dos objectivos estratégicos e respectivos indicadores efectuada em conformidade, daqui derivando o termo *balanced*. O termo *‘scorecard’* resulta do facto de a monitorização da estratégia ser feita através da visualização de um *tableau de bord*, onde constam os objectivos estratégicos e respectivos indicadores (Caldeira, 2007).

A aplicação do BSC foi pensada para o sector das empresas, mas rapidamente veio a ser extensiva ao sector público, dada a necessidade de se dispor de sistemas de informação e de controlo de gestão que permitam avaliar os resultados em função da distribuição dos recursos, num quadro de rigor orçamental e de avaliação de desempenho ao nível das organizações, dos seus dirigentes e dos seus trabalhadores (SIADAP 1, 2 e 3), com vista à melhoria do processo de decisão e da eficiência do serviço prestado.

Como principais vantagens de aplicação do BSC Steiger et al. (2008) indica: o acompanhamento, a curto prazo, da performance estratégica da organização, a prontidão na identificação das causas de eventuais desvios da estratégia, a disseminação da estratégia na organização, o alinhamento dos colaboradores-chave da organização com a estratégia e a focalização dos colaboradores na concretização dos objectivos estratégicos.



Com efeito, tal como Kaplan e Norton (1996b) salientam, o BSC permite a definição de uma estratégia a longo prazo e a sua coordenação com os orçamentos anuais, para além de melhorar a comunicação e a motivação com os colaboradores que, de forma clara, ficam a saber qual o seu contributo para a estratégia, alinhando a esta os seus objectivos. Facilita igualmente o processo de avaliação de desempenho e, ao concentrar esforços na sua execução induz naturalmente à introdução de melhorias com vista à criação de valor.

Além de tudo, trata-se de uma ferramenta versátil, que pode ser adaptada conforme as necessidades, como demonstra o estudo de Woodward et al (2004), que a aplicou a serviços de saúde pública: *“The balanced scorecard is a performance measurement tool in use by many other health care sectors. A modified version of this tool could be used to measure public health performance in four quadrants:*

- *Health determinants and status;*
- *Community engagement;*
- *Resources and services; and,*
- *Integration and responsiveness.*

*This approach identifies the specific types of information that is required for the scorecard. As well, this approach provides greater linkages between public health organization, processes and outcomes, but does not require the same degree of causal inference as is necessary to evaluate specific public health services.”*

O facto de não dispormos de um BSC aplicado à Direcção-Geral da Saúde é um factor limitativo, na medida em que não permite verificar o alinhamento dos planos estratégicos, mas iremos tentar contornar esta dificuldade com a indicação dos pressupostos que justifiquem as opções, sempre que necessário. Neste sentido, desde já se observa que a complexidade do plano estratégico a apresentar é proporcional à dimensão deste Gabinete.

Neste trabalho, adopta-se a aplicação desta metodologia, face às vantagens acima explicitadas, com vista a demonstrar, de uma forma que se pretende eficiente, no âmbito do Gabinete, a aplicação prática da base teórica da ética em Saúde Pública e das opções gestonárias que permitem garantir o seu desenvolvimento de forma adequada.

A aplicação desta metodologia no sector da Saúde, incluindo na área da prestação de cuidados, é hoje utilizada em vários países, salientando-se o Guião disponibilizado para os Hospitais de Ontário (Canada. *Hospital Report Research Collaborative*, 2006), que fornece as indicações práticas necessárias para a sua implementação.

### **3.1 Descrição da aplicação do BSC**

Conforme já se referiu sumariamente, a aplicação do BSC inicia-se com a caracterização da unidade orgânica em questão, neste caso o Gabinete, considerando em especial a estrutura onde se insere, os aspectos da sua história mais relevantes para a compreensão e desenvolvimento da estratégia, assim como os recursos de que dispõe, ao nível financeiro e humano.

Deve depois o estudo incidir sobre o seu meio envolvente, que se centra na dinâmica das relações que o Gabinete tem de estabelecer interna e externamente com os *stakeholders* (SH), ou seja, as diversas entidades susceptíveis de, com maior ou menor intensidade, influenciarem o seu funcionamento, complementada com a análise de forças, fraquezas, ameaças e oportunidades (SWOT) e com a análise da envolvente externa, cujo resultado irá orientar o plano estratégico.

Importa, portanto, saber que os SH são pessoas, grupos ou entidades relativamente importantes para o Gabinete, na medida em que podem vir a influenciar as acções e o seu desempenho. Será, pois, necessário motivar ou gerir as suas expectativas, criar laços de credibilidade e ou de confiança, ir ao encontro das suas pretensões, potenciar a criação de

sinergias com vista ao desenvolvimento dos objectivos estratégicos e minorar potenciais factores de pressão ou constrangimentos.

Os SH são agrupados segundo as suas características comuns, existindo diversas classificações na Literatura, tendo-se optado pela de Caldeira (2009), que tem em conta as expectativas relativamente à avaliação<sup>47</sup> do Gabinete, a sua capacidade para o influenciar, e o seu interesse nesta unidade orgânica, e identifica os seguintes tipos de SH:

- SH críticos: de elevado poder e interesse para o gabinete, deles dependendo a execução dos objectivos e devendo garantir-se o seu compromisso com o gabinete, mantendo-os interessados e satisfeitos;
- SH de Impacto, com elevado poder, mas de interesse relativamente reduzido, sendo os principais destinatários do seu trabalho fundamentais para a definição dos objectivos e seu alinhamento com a missão, devendo garantir-se a sua satisfação;
- SH de parceria, sem grande poder, mas com elevado interesse com vista a articular formas de cooperação que contribuam para os objectivos, devendo ser mantidos informados e articulados;
- SH de relacionamento, sem poder e com interesse pouco significativo, podendo assumir relevância num projecto específico, devendo estabelecer-se uma relação institucional.

A análise *SWOT*, que é elaborada posteriormente, baseia-se, por um lado, na envolvente interna, para identificar os aspectos mais relevantes que contribuem para o êxito do Gabinete (pontos fortes) e os factores que o podem condicionar negativamente (pontos fracos); e por outro, na envolvente externa, para destacar as circunstâncias que, quando potenciadas, podem constituir uma vantagem competitiva (oportunidades), e as que podem vir a obstaculizar o seu desenvolvimento (ameaças).

A análise *swot* é uma fotografia, que tem em conta as características que a envolvente interna e externa evidenciam naquele momento, devendo ser dinâmica, de forma a ser actualizada. Importa salientar que a ocorrência de uma circunstância que tenha sido identificada como uma ameaça não é necessariamente um factor negativo, podendo mesmo vir a transformar-se numa oportunidade, mediante um esforço de antecipação e de reacção atempada.

Segue-se, conforme acima referido, a análise *PEST*, que consiste na identificação dos factores da envolvente externa do Gabinete indicados na avaliação das ameaças e oportunidades, e que correspondem às suas iniciais: político-legais, económicos, socioculturais e tecnológicos. Esta ferramenta permite uma visão mais apurada da envolvente externa, que contribui para que o planeamento estratégico conduza a objectivos mais exequíveis.

Findo o estudo do meio envolvente, parte-se para a definição da missão, visão e valores estratégicos. A missão deve resumir o essencial das actividades do Gabinete, tendo em conta as suas competências e convergindo os diversos planos da sua actuação, enquanto que a visão estratégica é a forma como o Gabinete pretende ser visto ou reconhecido pelos seus SH, numa perspectiva futura ideal, desejada e alinhada com a sua missão. Os valores estratégicos correspondem aos princípios que norteiam a actuação do Gabinete nas suas relações com os SH e constituem a base a partir da qual é construída a sua cultura organizacional.

A selecção dos vectores estratégicos corresponde à definição das prioridades de actuação do Gabinete e é alinhada com quatro perspectivas ou estratégicas, de acordo com o modelo do BSC: clientes, processos, conhecimento e recursos.

Por fim, são definidos os objectivos estratégicos, de forma alinhada com os vectores e com as perspectivas estratégicas, e proposta a sua execução através de iniciativas.

A avaliação do cumprimento é monitorizada através de indicadores, de acção ou de resultado.

---

<sup>47</sup> Esta classificação usa os critérios escolhidos pelos SH para avaliar a organização e classificar o seu desempenho, contudo, tratando-se de uma unidade orgânica nova, estas questões foram adaptadas numa lógica de gestão de expectativas.

## CAPÍTULO VI

### PLANEAMENTO ESTRATÉGICO DO GABINETE: 2010-2012

#### 1. O Gabinete

O Gabinete foi criado nos termos do Despacho do Director-Geral da Saúde n.º 6513/2009, de 16 de Fevereiro de 2009, com a denominação de Gabinete de Assuntos Jurídicos, Ética e Responsabilidade, partilhando competências da área jurídica e da ética, em que nos focaremos e que são as seguintes: i) *Promover o conhecimento em matéria de ética e responsabilidade no âmbito da prestação de cuidados de saúde;* ii) *Identificar necessidades e prioridades em matéria de ética e responsabilidade;* iii) *propor a emissão de orientações técnicas;* e iv) *Acompanhar os trabalhos do Conselho de Ética da DGS.*

Está inserido na estrutura da DGS que é um serviço central do Ministério da Saúde, integrado na administração directa do Estado, dotado de autonomia administrativa.

A DGS tem por missão regulamentar, orientar e coordenar as actividades de promoção da saúde, prevenção da doença e definição das condições técnicas para a adequada prestação de cuidados de saúde, afirmando-se como um serviço de referência no desempenho e desenvolvimento das suas competências e responsabilidades (cfr. art. 14º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro).

A DGS é o segundo mais antigo organismo do Estado Português, podendo de alguma forma dizer-se que as suas origens remontam a 1707, de acordo com Viegas e outros (Viegas, Frada, Miguel, 2009), tendo vindo a ser-lhe reconhecido o papel e a responsabilidade de impulsionador do desenvolvimento da Saúde Pública em Portugal.

1813	•Junta de Saúde
1832	•Cólera Asiática na Europa
1833	•Fonseca Benavides cria Manual para tratar a cólera – Cólera chega a Lisboa no Vapor London Merchant com General Solignac e 200 soldados belgas
1836	•Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto
1837	•Passos Manuel aprova Regulamento de Saúde e cria Conselho de Saúde Pública (Delegados de Saúde Pública)
1844	•Revisão da lei – 1 Provedor de Saúde por Conselho Municipal
1845	•Revisão da lei – Conselho passa a ser presidido por Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Reino
1863	•Criação da cadeira de Medicina Legal e Higiene Pública nas Escolas Médico-Cirúrgicas
1868	•Secretaria de Estado dos Negócios do Reino assume as funções do Conselho de Saúde Pública do Reino; Junta Consultiva de Saúde presidida por Ministro e Secretário dos Negócios do Reino
1899	•Ricardo Jorge e peste bucónica; Direcção-Geral da Saúde e Beneficência na dependência da Secretaria de Estado dos Negócios do Reino
1911	•DGS, Decreto do Ministro do Interior António José de Almeida de 9/02/1911

Figura 5: Cronologia da DGS

De acordo com o organograma da DGS apresentado em anexo (Anexo II), o Gabinete funciona na dependência do Director-Geral, o que sugere acesso facilitado ao órgão de decisão, mas acima de tudo a transversalidade das suas funções, que implicam a colaboração com as restantes unidades orgânicas e a abordagem simultânea de matérias bastante diversas.

A estrutura orgânica da DGS já contemplou, nos termos do Decreto-Lei n.º345/93, de 1 de Outubro, revogado pelo Decreto-Lei n.º122/97, de 20 de Maio, a Divisão de Ética à qual competia:

- Fiscalizar o respeito pelos princípios éticos da pessoa humana e garantir a permanente adequação das actividades de saúde, com o fim de conseguir o equilíbrio físico-psíquico dos doentes;
- Propor, difundir e zelar pelo cumprimento de uma carta de direitos e deveres do doente;
- Fiscalizar a observância de um código de ética de boas práticas clínicas;
- Propor e difundir orientações relativas ao consentimento livre e esclarecido e à confidencialidade dos cuidados e tratamentos prestados, bem como ao acesso aos processos clínicos dos doentes.

Salienta-se que, apesar da extinção desta unidade orgânica em 1997, o seu conteúdo funcional continuou a ser desenvolvido por outras unidades orgânicas, como comprovam a aprovação posterior da Carta dos Direitos e Deveres do Doente, Carta dos Direitos e Deveres do Doente Internado e a realização do inquérito às comissões de ética em 2008.

Por conseguinte, a prática da ética tem sido uma preocupação da DGS ao longo do tempo, salientando-se que actualmente são inúmeras as questões que se colocam ao Gabinete, por uma variedade de exponentes, desde profissionais de saúde até membros de comissões de ética locais, cidadãos, entre outros.

Ao nível dos recursos, o Gabinete possui, para além da Chefia, três colaboradores, encontrando-se cobertas as suas despesas de funcionamento. Contudo, não dispondo de orçamento de investimento, todas as despesas inerentes ao desenvolvimento de projectos devem ser especificamente autorizadas.

## 2. Meio envolvente

### 2.1 Análise de Stakeholders (SH)

Chamando também à colação a descrição efectuada no capítulo anterior, foram identificados como sendo os principais SH:

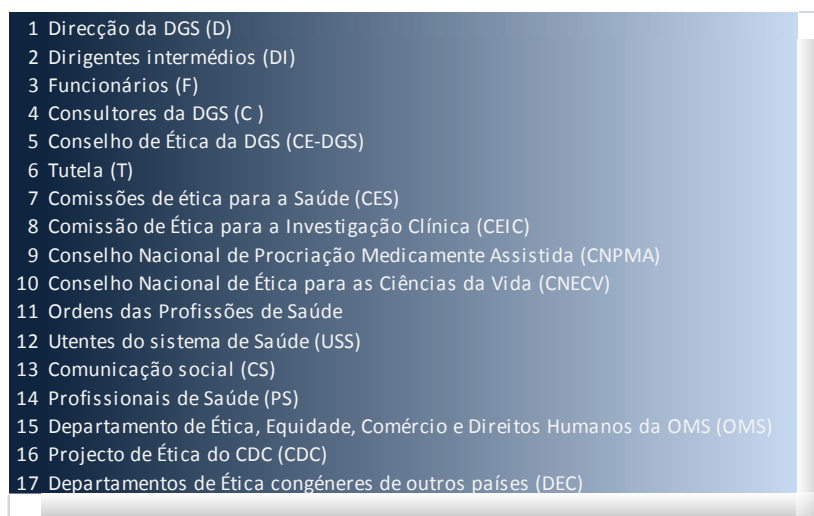


Figura 6: Identificação de SH

Procedeu-se então ao agrupamento dos SH de acordo com a classificação adoptada. Esta análise deve ser efectuada mediante questionários aos SH, mas na impossibilidade prática de serem desenvolvidos no âmbito deste trabalho, foram aplicadas as questões de acordo com o conhecimento de que se dispõe sobre a interacção destas relações, tendo resultado o seguinte:

SH		Que critérios espera o SH poder utilizar para avaliar o	Dentro desses critérios como é que o SH espera avaliar o	Pode influenciar o Gabinete?	Tem interesse no Gabinete?	Resultado	Tipo de SH
Internos	Direcção da DGS (D)	resultados eficiência	✓ 4 ✓ 4	✓ 4	✓ 4	1	Crítico
	Dirigentes intermédios (DI)	orientação capacidade	✓ 4 ✗ 2	✓ 4	✓ 4	1	Crítico
	Funcionários (F)	organização satisfação	✓ 4 ✗ 2	✓ 4	✓ 4	1	Crítico
	Consultores da DGS (C)	capacidade satisfação	✗ 2 ✓ 4	✗ 2	✓ 4	3	Parceria
	Conselho de Ética da DGS (CE-DGS)	capacidade satisfação	✗ 2 ✓ 4	✗ 2	✓ 4	3	Parceria
	Tutela (T)	capacidade eficiência	✓ 4 ✓ 4	✓ 4	✓ 4	1	Crítico
Externos	Comissões de ética para a Saúde (CES)	articulação satisfação	✓ 4 ✓ 4	✗ 2	✓ 4	3	Parceria
	Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC)	articulação satisfação	✗ 2 ✓ 4	✗ 2	✗ 2	4	Relacionamento
	Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA)	competência eficácia	✗ 2 ✗ 2	✗ 2	✗ 2	4	Relacionamento
	Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV)	competência eficácia	✗ 2 ✗ 2	✗ 2	✗ 2	4	Relacionamento
	Ordens das Profissões de Saúde	orientação organização	✗ 2 ✓ 4	✗ 2	✓ 4	3	Parceria
	Utentes do sistema de Saúde (USS)	eficiência satisfação	✗ 2 ✗ 2	✓ 4	✗ 2	2	Impacto
	Comunicação social (CS)	competência opinião	✗ 2 ✗ 2	✓ 4	✗ 2	2	Impacto
	Profissionais de Saúde (PS)	competência satisfação	✓ 4 ✗ 2	✓ 4	✗ 2	2	Impacto
	Dep. de Ética, Equidade, Comércio e Direitos Humanos da OMS (OMS)	interlocução competência	✓ 4 ✗ 2	✗ 2	✓ 4	3	Parceria
	Projecto de Ética do CDC (CDC)	interlocução competência	✓ 4 ✗ 2	✗ 2	✗ 2	4	Relacionamento
	Departamentos de Ética congéneres de outros países (DEC)	interlocução competência	✓ 4 ✗ 2	✗ 2	✗ 2	4	Relacionamento

Figura 7: Matriz de SH

Sintetizando esta informação, obteve-se o resultado que se apresenta na seguinte figura:

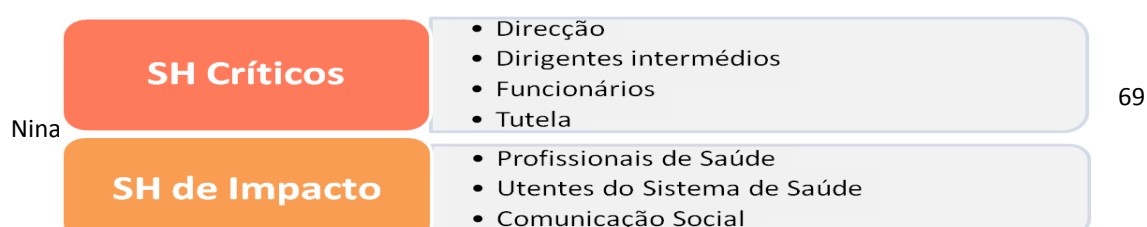


Figura 8: Classificação de SH

- No grupo dos **SH críticos** incluiu-se a Direcção da DGS, os dirigentes intermédios e funcionários, bem como a Tutela, na medida em que o seu contributo é essencial para apoiar e conferir, reciprocamente, dinâmica às suas actividades. De entre estes, deverá observar-se que a direcção, sendo a locomotiva de toda a organização, desempenha a função principal de orientar e determinar a forma de desenvolvimento do Gabinete. Os dirigentes intermédios são uma mais-valia relevante, pois podem actuar como fontes de informação técnica especializada, parceiros no desenvolvimento de projectos e como clientes. Os funcionários são absolutamente essenciais para preparar, cuidar e desenvolver as iniciativas do Gabinete. Por fim, a Tutela assume um papel relevante mais distante, intervindo precisa e oportunamente.
- Os **SH de impacto** são os profissionais de saúde na sua qualidade de principal veículo de execução das boas práticas em matéria de ética em saúde pública, os utentes do sistema de saúde que são a sua razão de ser e testam diariamente a qualidade da prestação de cuidados. A comunicação social surge naturalmente em função da sua capacidade para elevar os acontecimentos, em sentido positivo ou negativo.
- Os consultores da DGS e o seu Conselho de Ética são agentes privilegiados de colaboração com o Gabinete ao nível interno, incluindo-se no grupo dos **SH de parceria**. As comissões de ética para a saúde actuam autonomamente, mas podem convergir nos objectivos e contribuir decisivamente para melhoria do *status quo*, tal como as ordens dos profissionais de saúde, com as quais se pode colaborar para o desenvolvimento de iniciativas. Salienta-se o Departamento de ética da OMS, também encarado como parceiro, apesar da cooperação institucional traduzida na definição de prioridades e de orientações para a boa execução das actividades do Gabinete.
- Por fim, o grupo dos **SH de relacionamento** inclui a CEIC, o CNPMA e o CNECV, que exercem a sua actividade de forma completamente autónoma, tal como o projecto do CDC e as unidades congéneres de outros países, não se perdendo de vista a eventualidade de serem desenvolvidos projectos em conjunto.

## 2.2 Análise SWOT

O quadro seguinte representa esta análise:

		Envolvente Interna			
		Pontos Fortes (1)		Pontos Fracos (2)	
		Credibilidade da DGS	Actual agenda política	Falta de contacto com a realidade prática	Recursos insuficientes
Envolvente Externa		(1+3)		(2+3)	
Oportunidades (3)	Consciência pública p/ questões éticas	+	+	-	+
	Área pouco desenvolvida	+	+	-	-
		(1+4)		(2+4)	
Ameaças (4)	Profissionais pouco sensíveis	+	+	-	-
	Lentidão do processo	-	+	-	-
		Explorar		Confrontar	
		Tirar partido		Evitar	

(+) Interação Positiva: Ameaça combativa ou aproveitamento da oportunidade.  
 (-) Interação Negativa: Ameaça potenciada ou oportunidade desperdiçada.

Figura 9: Matriz SWOT

Esta matriz sugere a escolha de estratégias assentes nos pontos fortes, que sejam susceptíveis de conduzir à maximização das oportunidades, ao controlo das ameaças e à superação dos pontos fracos, conforme se explicita:

- Os **aspectos mais positivos** a salientar são o facto de o Gabinete se inserir na DGS, que possui uma credibilidade incontestável no seu âmbito de actuação, bem como o facto de a actual agenda política ser favorável ao desenvolvimento de actividades na área da ética em saúde pública.
- Os **pontos fracos**, que podem contrariar ou atrasar o seu desenvolvimento, são a insuficiência de recursos que viabilize o desenvolvimento das suas iniciativas e a falta de contacto com a prestação de cuidados, a fim de auscultar as necessidades e as áreas onde é preciso actuar com prioridade.
- As **oportunidades** a explorar são a consciência pública para as questões de ética, que propicia o desenvolvimento do Gabinete e a aceitação das suas iniciativas, bem como o facto de se tratar de uma área pouco desenvolvida, não existindo ao nível nacional uma estrutura que se disponha a articular o apoio às comissões de ética para a saúde com as entidades que actuam nesta área.
- Apesar de diariamente se colocarem questões éticas, é difícil transpor as boas práticas para o quotidiano, por uma multiplicidade de razões, desde o desconhecimento à negligência, tratando-se assim de um processo lento, feito de pequenas conquistas. A par desta **ameaça**, o facto de os profissionais de saúde estarem asoberbados de trabalho e focados na prestação de cuidados, faz com que se tornem pouco sensíveis a estas matérias, que exigem um investimento de tempo da sua parte.

## 2.3 Análise PEST

No estudo 'Saúde 2015' (Sakelarides et. al, 2006) são apontadas cinco linhas de acção para o futuro: indivíduo/ comunidade, novo serviço público de saúde, redes de desenvolvimento do conhecimento/ acção e inovação, análise direcção estratégica e governação da saúde. O apoio à inovação é sugerido através da sua identificação, estudo e divulgação, disseminação activa e apoio de novos projectos e promoção da investigação, apontando-se o sistema de saúde como porta de entrada aos desafios do desenvolvimento, particularmente sensível à inovação tecnológica. Neste sentido, salienta-se que o espírito livre da investigação científica não deve colidir a que a utilização do produto do conhecimento obedeça a princípios éticos e à lei. Assim, tendo também em conta esta perspectiva futura, os factores a identificados nesta análise foram os seguintes:

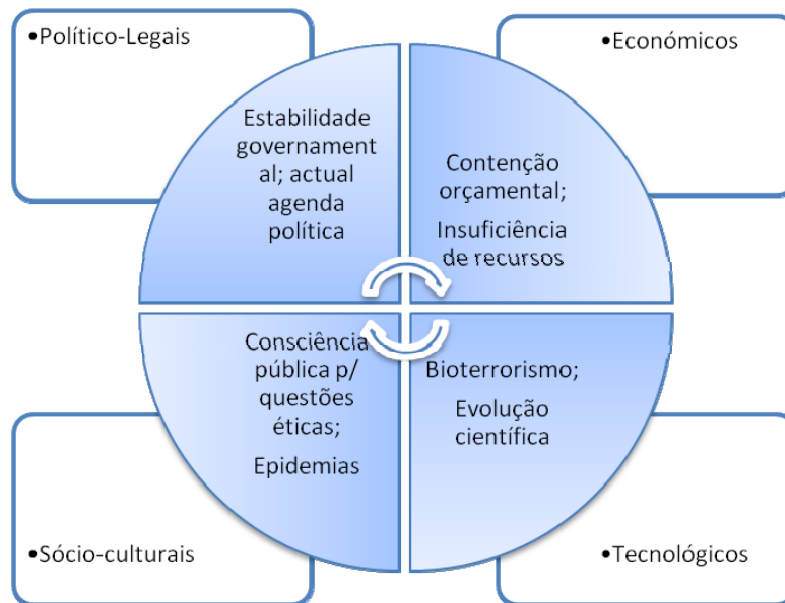


Figura 10: Matriz PEST

- Relativamente aos **factores político-legais**, salienta-se a estabilidade governamental que, em caso de alteração, pode produzir mudanças ao nível da política de saúde, da composição da Direcção da DGS e das unidades de saúde, bem como das suas prioridades, podendo ter como consequência o termo do desenvolvimento das actividades do Gabinete, a partir da sua extinção, considerando a sua natureza jurídica de unidade flexível. A actual agenda política, favorável ao desenvolvimento do estudo e reflexão sobre as questões de ética em saúde pública, é um factor que importa explorar com vista à disseminação deste conhecimento.
- No âmbito dos **factores económicos**, considerando a situação de crise económico-financeira em que o País se encontra, é de esperar contenção orçamental e insuficiência de recursos para fazer face às necessidades, para além de uma gestão criteriosa do investimento público.
- A consciência pública para as questões éticas é um **factor sociocultural** muito positivo e simultaneamente indutor de uma grande responsabilidade no Gabinete, mas principalmente nos profissionais de saúde, que diariamente respondem perante o cidadão. O aparecimento de novas epidemias é igualmente um factor a ter em conta, face à sua imprevisibilidade e inerente desvio de recursos e da atenção do público.



- Finalmente, como **factores tecnológicos** destaca-se a ameaça bioterrorista, que suscita muitas questões éticas ainda pouco consensuais e, por outro lado, a evolução científica em sentido lato, que pode fazer emergir uma nova técnica ou dispositivo, em qualquer área da saúde humana que suscite a análise de questões éticas.

### 3. Missão, visão e valores

A **missão** do Gabinete, considerando as suas competências a desenvolver no âmbito da apreciação de uma situação no plano estritamente jurídico, ou no plano dos valores éticos, seja ao nível da DGS, ou com vista ao esclarecimento dos SH externos, insere-se de um modo geral no processo de tomada de decisão. Esta decisão pode depois dar origem a uma multiplicidade de actividades, desde uma simples tomada de posição à produção legislativa até realização de reuniões com vista ao aprofundamento do tema, celebração de contratos ou protocolos, aprovação de normas ou orientações, ou simples comunicação aos interessados. De todo o modo, afigura-se que a missão do Gabinete sintetiza-se na ideia de ‘Apoiar a Decisão’.

Relativamente à definição da **visão estratégica**, considera-se que poderá ser “Decidir com segurança”, tendo em conta a mais-valia que deve sobressair da análise da situação em causa, ponderando o peso dos factores que devam ser considerados nos planos: jurídico, ético, político, organizativo e da oportunidade de execução. Com efeito, certas medidas podem ser legais e não serem oportunas, ou podem ser substituídas por outras equivalentes que ofereçam maior garantia de exequibilidade ou de aceitação por parte dos seus destinatários. Por outro lado, haverá também propostas que, apesar de não colocarem problemas no plano legal, ético ou político, devem ser previamente sujeitas à auscultação dos principais interessados, por exemplo, as ordens das profissões de saúde, com vista a assegurar o seu apoio na implementação.

Para esta análise global, é essencial possuir um conhecimento global do sistema de saúde, ao nível das organizações que o compõem e respectivas áreas de competência, das dinâmicas existentes entre os diversos actores e das áreas mais sensíveis que carecem de uma atenção particular. Ou seja, o conhecimento e a permanente articulação com os SH é, portanto, muito importante para garantir esta realização. O Gabinete deverá, assim, focar-se nas suas actividades, mas manter uma ligação ao exterior de forma a contribuir para o seu reconhecimento externo e, em especial, no que interessa a este trabalho, como um centro de reflexão ética em Saúde Pública.

Procedeu-se à definição dos valores que devem comandar a actuação do Gabinete e fornecer o enquadramento no âmbito do qual se desenvolve a sua actividade, tendo sido identificados os seguintes valores, considerando as expectativas dos SH evidenciadas na Figura 7, que se apresentam sem qualquer relação de hierarquia entre si:

1) **Transparência** da actuação do Gabinete é o garante da sua credibilidade e conduz à adequada ponderação dos princípios da Ética, da igualdade, da proporcionalidade e do bom-senso, nas situações com um quadro legal definido, ou naquelas que permitem maior flexibilidade de apreciação. Implica ainda a participação de todos, atendendo às suas necessidades e motivando o debate construtivo de ideias de forma livre e desprendida de quaisquer interesses alheios ao cumprimento da sua missão.

2) **Autonomia e responsabilidade técnica** exigem margem de liberdade para o desenvolvimento do trabalho e a mesma dose de responsabilidade para a defesa dos seus resultados. O respeito pela diversidade de opiniões é um imperativo que não obsta à escolha da solução mais adequada e robusta no caso concreto. Da mesma forma, o cumprimento da lei

e convenções internacionais não dispensa o amplo conhecimento do sistema de saúde e das suas instituições.

3) **Eficiência** resulta da optimização dos recursos, materiais e humanos, e reflecte-se acima de tudo nos resultados que, por sua vez, dependem de uma multiplicidade de factores, como a gestão do tempo, a divisão do trabalho, a gestão e partilha de informação, do trabalho em equipa, da liderança, da motivação e da capacidade de comunicação. Ou seja, fazer bem e depressa, de forma organizada, articulada e harmoniosa.

4) **Inovação** é uma forma de diferenciação pela positiva que o Gabinete pode almejar, considerando a adaptação das novas tecnologias à sua organização e funcionamento, bem como à forma de relacionamento com o exterior. Seria desejável uma nova abordagem à ética da saúde, cultivando a proximidade com as comissões de ética das instituições do sistema de saúde, promovendo a dinamização do seu funcionamento junto do cidadão e dos profissionais de saúde e, por conseguinte, a reflexão ética. Neste sentido, citam-se as palavras inspiradoras de Winslow (1945): *“(...) the health officer who has in him the spirit of the pioneers will conceive that one of his primary responsibilities is to plan for putting the vast resources of modern medical science to work in his community”*.

#### 4. Vectores, perspectivas e objectivos estratégicos

Compulsada a informação discorrida sobre o Gabinete, foram identificados os seguintes vectores estratégicos:

- **Equidade:** residem aqui as preocupações com o cidadão, no sentido de orientar as actividades do Gabinete directamente em seu benefício, através da simplificação de procedimentos ou da disponibilização de informação útil.
- **Comunicação:** este vector visa o desenvolvimento de competências internas ao nível da partilha de informação, trabalho em equipa e contactos com a comunicação social, e, por outro lado, o estabelecimento de circuitos específicos de circulação de informação com os principais SH externos à DGS, em particular as Comissões de Ética em Saúde, eventualmente, através da utilização das novas tecnologias.
- **Oportunidade:** da interacção desenvolvida surge o conhecimento de necessidades ou problemas que o Gabinete deve estar apto e disponível para resolver, optimizando desta forma os seus recursos, desenvolvendo o seu conhecimento e credibilizando a sua existência.

No quadro que seguidamente se apresenta são indicados os vectores estratégicos, alinhados com as perspectivas estratégicas atrás referidas - clientes, processos, conhecimento e recursos - e com os objectivos estratégicos, demonstrando-se as relações que se estabelecem entre estes, potenciadoras do desenvolvimento conjunto e articulado de toda a estratégia definida para o Gabinete.

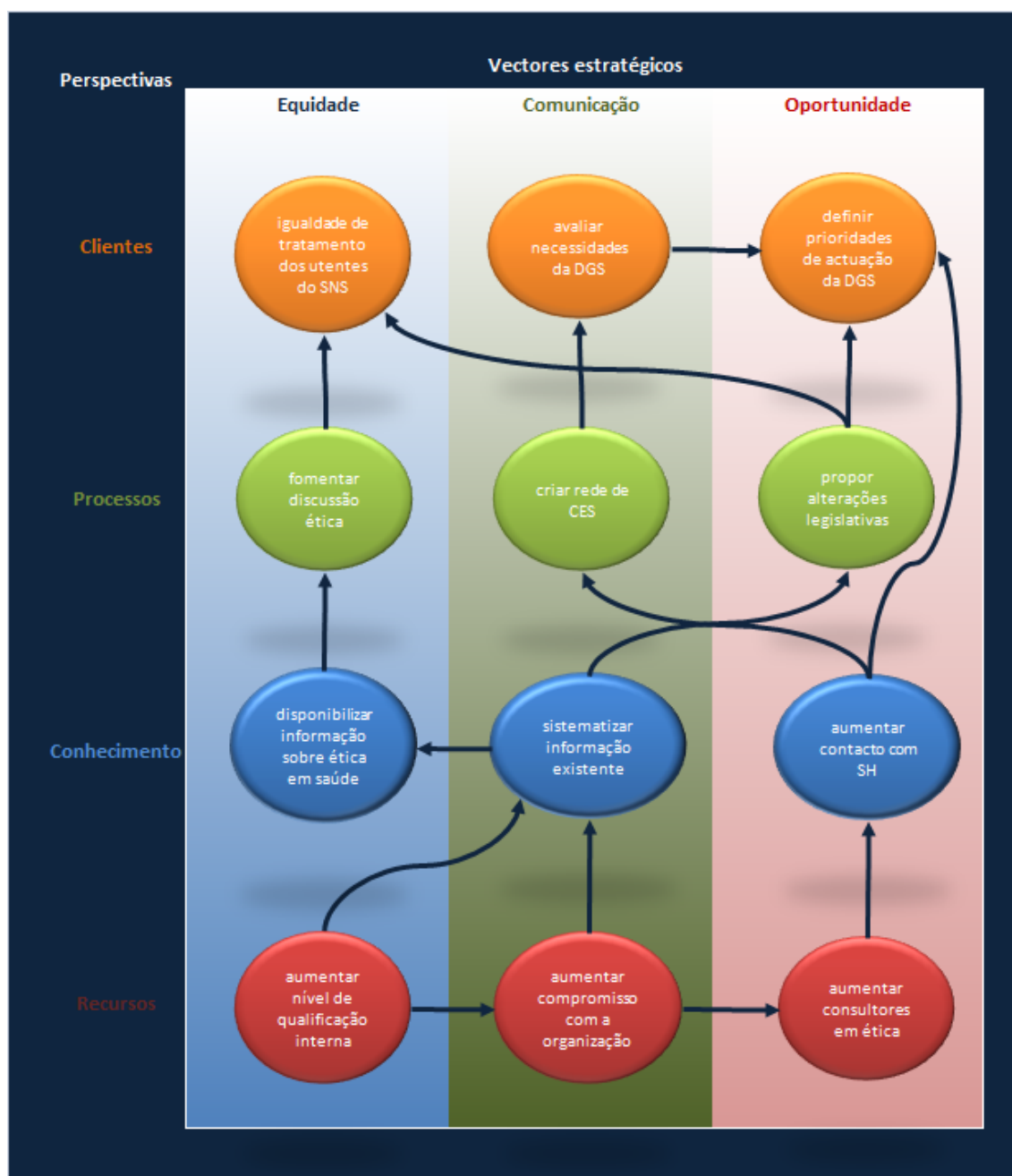


Figura 11: Mapa do Planeamento Estratégico

Apesar do mapa do planeamento estratégico falar por si, salienta-se o seguinte:

- Para o vector estratégico da **equidade** contribui directamente o objectivo estratégico de promover a igualdade relativamente aos utentes do SNS, seja ao nível do acesso, do tratamento ou da protecção dos seus direitos. O aumento do nível de qualificação interna do Gabinete, designadamente através da frequência de seminários ou outras acções de formação, irá contribuir para disponibilizar informação sobre ética em saúde e aumentar o compromisso com a organização, e, indirectamente fomentar a discussão e a reflexão ética, facilitando o empoderamento dos utentes do SNS e a promoção da igualdade e equidade, objectivo primeiramente referido.
- No eixo da **comunicação** talvez o objectivo mais importante a sublinhar seja o da criação de uma rede de CES, que irá proporcionar a avaliação das suas necessidades e

indirectamente a identificação das prioridades de actuação da DGS nesta área. O aumento do compromisso com a organização facilita o 'recrutamento' de consultores da DGS em matéria de ética, a sistematização da informação existente que poderá dar origem a eventuais propostas de alteração legislativas.

- No âmbito do vector da **oportunidade**, porventura aquele que estará mais dependente do desenvolvimento dos restantes, destaca-se com substancial importância o aumento do contacto com os SH, favorecido com a informação especializada proveniente dos consultores em ética, que propicia a criação da rede de CES, bem como, a identificação das prioridades de actuação da DGS, eventualmente de carácter legislativo.

## 5. Indicadores

Para cada um dos objectivos foram definidos os seguintes indicadores:

Objectivos estratégicos	Indicadores	Acção (A) Resultado (B)
Aumentar nível de qualificação interna	n.º de acções de formação frequentadas pelos membros do Gabinete	R
	n.º de artigos científicos publicados por membros do Gabinete	R
Aumentar compromisso com a organização	n.º de grupos de trabalho constituídos para esta área	A
	n.º de reuniões do Conselho de Ética da DGS	R
Aumentar consultores em ética	n.º de consultores da DGS para a área de ética	R
Disponibilizar informação sobre ética	n.º de visitas ao sítio da internet da DGS para esta área	R
	n.º de circulares emitidas	R
Sistematizar informação existente	n.º de documentos produzidos pelo Gabinete ou com o seu apoio	R
Aumentar contacto com SH	n.º de reuniões, encontros, ou seminários em que o Gabinete esteve representado	R
	n.º de protocolos celebrado sobre esta matéria	R
Fomentar discussão ética	n.º de reuniões, encontros ou seminários organizados pelo Gabinete	R
Criar rede de CES	% da aderência de CES a projectos do Gabinete	A
	n.º de CES integradas no mapa de contactos do Gabinete	A
Propor alterações legislativas	n.º de propostas de alteração efectuadas pelo Gabinete	A
	n.º de propostas de novos diplomas legais apresentadas pelo Gabinete	R
Promover a igualdade no SNS	n.º de reclamações apresentadas pelos utentes	R
	n.º de pedidos de informação efectuados ao Gabinete	R
Avaliar necessidades das CES	n.º de propostas apresentadas pelas CES	R
	índice de satisfação das CES face ao Gabinete	A
Identificar prioridades de actuação da DGS	n.º de acções a desenvolver pelo Gabinete nesta área	R

Figura 12: Mapa de Indicadores

## 6. Iniciativas

As iniciativas com vista ao desenvolvimento dos objectivos, considerando os parcos recursos de que o Gabinete poderá dispor, são definidas tendo em conta a optimização dos recursos existentes e algumas deslocações, a autorizar pontual e especificamente.

Assim, com vista à disponibilização de informação, considera-se ser da máxima relevância criar uma área no sítio da internet da DGS que inclua:

- Principal legislação e convenções internacionais (actualizadas);
- Identificação das CES existentes no sistema de saúde e dos respectivos contactos;
- Artigos científicos, concluídos ou em discussão;
- Informação sobre projectos em desenvolvimento pelo Gabinete;
- Informação sobre actividade do Conselho de Ética da DGS;
- Fórum de discussão;
- Avisos sobre eventos que interessem às CES;
- Ligações a outros sítios da internet com interesse.

Os encontros presenciais e a organização de reuniões são igualmente da máxima importância para estabelecer laços com os interlocutores e criar sinergias, advogando-se, pelo menos, um encontro anual e uma reunião com cada grupo de CES de âmbito regional.

As propostas a desenvolver deverão partir naturalmente da dinâmica que nascer desta articulação.

Como ponto de partida foi desenvolvido um questionário a aplicar às CES, cuja metodologia foi descrita na Introdução deste trabalho, que visa perceber se o Decreto-Lei n.º97/95, de 10 de Maio, serve as actuais necessidades das CES, e, por outro lado, que tipo de apoio estas comissões gostariam de obter de uma estrutura central. Complementarmente, tem como finalidade caracterizar os membros das CES e a actividade desenvolvida durante o ano de 2009, de forma a perceber quais os preceitos legislativos do diploma ora referido que maior necessidade têm de ser alterados e, se for caso disso, em que sentido.

### III – PARTE FINAL

#### 1. Conclusões

Compulsada a informação obtida durante o desenrolar deste trabalho, é possível formular as seguintes conclusões:

- I. A ética da saúde pública possui características próprias que justificam a sua autonomização na área da Saúde Pública. Neste sentido deve debruçar-se sobre o estudo da responsabilidade da consciência individual e colectiva com vista à promoção e protecção da saúde, relativamente à doença ou redução do sofrimento humano, independentemente da causa decorrer da acção directa do homem ou da evolução científico-tecnológica e considerando as suas repercussões especialmente nos planos da liberdade e da equidade;
- II. Apesar de em Portugal existirem diversas entidades com competências em matéria de ética em saúde (comissões de ética para a saúde com expressão local, ao nível da prestação de cuidados de saúde hospitalares e primários, e comissões de carácter nacional: a CEIC, o CNECV, e o CNPMA), a articulação entre estas comissões é deficiente ou frequentemente inexistente;
- III. Com a criação da CEIC, as comissões de ética para a saúde com expressão local ficaram algo esvaziadas de competências, apesar de maioritariamente se dedicarem à análise de projectos de investigação não invasivos.
- IV. As comissões de ética para a saúde, em geral, não possuem suficiente apoio institucional e não comunicam entre si.
- V. Existem diversas entidades, comissões, conselhos, unidades, departamentos ou equipas que ao nível dos restantes países da União Europeia e das organizações internacionais trabalham as questões de ética em Saúde Pública, embora não tenha sido possível delinear com clareza a sua forma de organização.
- VI. A aplicação do BSC ao Gabinete determinou a adopção dos seguintes objectivos estratégicos:
  - Promover a igualdade para os utentes no SNS;
  - Avaliar necessidades das CES;
  - Aumentar contacto com SH;
  - Disponibilizar informação sobre ética em Saúde Pública;
  - Criar rede de CES;
  - Identificar prioridades de actuação da DGS;
  - Fomentar discussão pública;
  - Estabeler circuitos de informação;
  - Propor alterações legislativas;
  - Aumentar nível de qualificação interna;
  - Aumentar consultores em ética;
  - Sistematizar informação existente.
- VII. Assim, salientam-se, como conclusões principais do nosso estudo:

- i) O papel que o *Gabinete* pode ter como elo de ligação entre as comissões de ética na saúde que existem no País, fornecendo-lhes a informação de natureza ética relevante, produzida nacionalmente e alertando-as para os problemas éticos que a prestação de cuidados de saúde suscita no quotidiano, de forma fundamentada;
- ii) A nível internacional, dado que não existe uma estrutura oficial de representação do Ministério da Saúde em matéria de ética, o *Gabinete* pode assegurar uma participação concertada de Portugal nesta área, divulgando a informação obtida ou solicitando a intervenção das comissões no âmbito das respectivas competências.

## **2. Recomendações**

Em aditamento às conclusões acima expostas, durante o desenvolvimento do trabalho encontramos fundamento para sugerir as seguintes recomendações:

- I. O *Gabinete* deverá manter uma ligação com o Cidadão, através do esclarecimento de questões e do fornecimento de informação relevante sobre direitos e deveres dos utentes do sistema de saúde.
- II. Para a intervenção da DGS em matéria de Ética é necessário existir massa crítica, ou seja, é essencial que as suas decisões se fundem na opinião de um conjunto de peritos que lhes confirmem sustentabilidade técnica, legitimidade e antecipem o consenso necessário à prossecução de iniciativas de carácter operacional, legislativo ou de investigação. Este corpo técnico especializado pode ser obtido através da operacionalização do Conselho de Ética, já previsto normativamente, que, para além de apoiar a reflexão ética, poderá também contribuir para a difusão de informação dirigida a utentes e a profissionais de saúde.
- III. Aplicação do questionário desenhado às comissões de ética para a saúde do sistema de saúde, no presente ano para não perder a sua actualidade, visando compreender se o Decreto-Lei n.º97/95, de 10 de Maio, serve as actuais necessidades destas comissões e que tipo de apoio seria útil obter de uma estrutura central.

## **3. Linhas de investigação a desenvolver**

Como novas linhas de investigação que carecem de desenvolvimento e que pela sua natureza extravasam, mas que complementariam, o âmbito deste trabalho, a Candidata identificou:

- I. Aprofundamento do estudo e delimitação concreta dos conteúdos da ética em saúde pública, a partir da definição proposta;
- II. Está provado estatisticamente que as intervenções em Saúde Pública salvam vidas, contudo, como estas vidas não podem ser ligadas a pessoas concretas, tal poderá explicar uma certa falta de reconhecimento público relativamente às suas políticas. Esta hipótese parece justificar a sua verificação empírica através de um questionário com o objectivo de avaliar a dimensão da percepção ética da

população relativamente à mais valia das políticas de saúde pública, e cujos resultados poderiam ajudar os governantes a definir as políticas de saúde pública de forma mais apelativa e mais eficiente do ponto de vista da sua execução.

- III. No nosso ordenamento jurídico estão por regulamentar, no âmbito das emergências em Saúde Pública, situações como a quarentena, a requisição de meios privados ou a abolição de fronteiras. O desenvolvimento de estudos nestas áreas poderia contribuir para a produção de legislação sobre estas matérias com uma base ética.
- IV. Os resultados do inquérito às Comissões de ética para a saúde a nível local vão revelar a sua composição, designadamente em termos de área de formação, pelo que seria interessante desenvolver estudos que permitissem perceber a eventual existência de padrões de decisão, tentando identificar se existe ou não uma multidisciplinaridade suficiente de forma a não deixar de fora os vários actores na área da saúde.
- V. Analisar a necessidade de definir ou não o perfil de competências de um eticista, face às diferentes posições que sobre esta matéria se têm manifestado na doutrina.

#### **Nota final**

A ética é a ciência do agir livre, do agir para o outro, é o postulado dos deveres, por oposição à lei que garante o exercício dos direitos. Não é apenas um conjunto de teorias filosóficas, mas uma forma de ser e de estar que se reflecte nas nossas acções enquanto indivíduos e na sociedade em que vivemos. Deste modo, os objectivos de política de saúde de cada País consagram princípios éticos visíveis que caracterizam os respectivos sistemas de saúde, designadamente, em termos de justiça social e de equidade.

Assim, espera-se que este trabalho contribua para desenvolver as preocupações da Saúde Pública no plano ético, e deste modo assegurar o tratamento adequado das questões que se colocam neste tão importante domínio do sistema de saúde.

*“Knowledge is different from all other resources. It makes itself constantly obsolete, so that today's advanced knowledge is tomorrow's ignorance. And the knowledge that matters is subject to rapid and abrupt shifts-from pharmacology to genetics in the health-care industry, for example, (...)”*

Peter Drucker (1998)



## BIBLIOGRAFIA

- AFIFI, A.; BRESLOW, L. – The maturing paradigm of public health. *Annual Review of Public Health*. 15 (1994) 223-235.
- ALLIN, S. et al. - Making decisions on public health: a review of eight countries. [Em linha]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. [Consult. Jan. 2010]. [Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/E84884.pdf>.]
- ANTUNES, J. Lobo – Nova Medicina, nova ética? In: Jornadas da Comissão de Ética para a Investigação Clínica, 1, Lisboa, 2010 - Actas. Lisboa: Comissão de Ética para a Investigação Clínica. Ministério da Saúde, 2010.
- AVISO do Ministério dos Negócios Estrangeiros. D.R. 1ª Série. 57 (1978-03-09) 488-493 – Publica a tradução em português da Declaração Universal dos Direitos do Homem.
- BARANGER, P. et al. – Gestão: as funções da empresa. Lisboa: Edições Sílabo, 1990.
- BARBOUR, R. – Introducing qualitative research : a student guide to the craft of doing qualitative research. Newbury Park, CA : Sage Publications, 2008.
- BARROS, P. P. – Economia da saúde: conceitos e comportamentos. Coimbra: Almedina, 2005.
- BAYER, R. et al. - Introduction: ethical theory and public health. In: BAYER, R., et al. - Public health ethics: theory, policy and practice. Oxford: Oxford University Press, 2007.
- BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTROM, T. - Epidemiologia básica. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.
- BERNARD, J. – Da biologia à ética. Mem-Martins: Publicações Europa-América, 1990.
- CALDEIRA, J. – A implementação do Balance Scorecard na Administração Pública. Oeiras: INA, 2007. (não publicado).
- CALDEIRA, J. – A implementação do Balance Scorecard no Estado. Coimbra: Almedina, 2009.
- CAMPOS, A. C. - Reforma da Administração Pública: dos estereótipos à viabilidade. In: TAVARES, VALADARES, L.; ; MATEUS, A.; CABRAL, SANSFIELD, F., coord. - Reformar Portugal: 17 estratégias de mudança. 7.ª ed. Lisboa: Oficina do Livro, 2003.
- CAMPOS, A. C. - Reformas da saúde: o fio condutor. Coimbra: Almedina, 2008.
- CANADA. HOSPITAL REPORT RESEARCH COLLABORATIVE – Aligning performance management with corporate strategy: a toolkit for Ontario's Hospitals. Ontario Hospital Report Research Collaborative, 2006. [Em linha]. [Consult. Fev. 2010]. [Disponível em: [http://www.hospitalreport.ca/downloads/otherreports/SHOT\\_REPORT\\_Access\\_FINAL.pdf](http://www.hospitalreport.ca/downloads/otherreports/SHOT_REPORT_Access_FINAL.pdf)]
- CARNEIRO, J. Vaz – Investigação clínica em seres humanos: principais questões éticas. In: Presidência do Conselho de Ministros. CNECV – Investigação biomédica: reflexões éticas. Lisboa: Gradiva, 2008. 21-63
- CONSELHO DA EUROPA – Default – [Em linha]. [Consult. Jan. 2010] [Disponível em: <http://www.coe.int/t/pt/>]
- DECISÃO n.º2119/98/CE. JOCE (1998-10-03) – Decisão do Parlamento Europeu e do Conselho de 24 de Setembro de 1998 para a criação de uma rede de vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis na Comunidade.

DECRETO-LEI n.º 212/2006. D.R. Iª Série. 208 (2006-10-27) 7517-7525 – Lei Orgânica do Ministério da Saúde.

DECRETO-LEI n.º 288/2001. D.R. Iª Série. 261 (2001-11-10) 7150-7165 – Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos.

DECRETO-LEI n.º 122/97. D.R. Iª Série. 116 (1997-05-20) 2488-2495 – Lei Orgânica da Direcção-Geral da Saúde.

DECRETO-LEI n.º 97/95. D.R. Iª Série. 108 (1995-05-10) 2645-2647 – Comissões de ética para a saúde.

DECRETO-LEI n.º 217/94. D.R. Iª Série. 192. (1994-08-20) 4841-4846 – Aprova o Estatuto Disciplinar dos Médicos.

DECRETO-LEI n.º 345/93. D.R. Iª Série. 231 (1993-10-01) 5545-5551 – Lei Orgânica da Direcção-Geral da Saúde.

DECRETO-LEI n.º 282/77. D.R. Iª Série. 153 (1977-07-05) 1667-1677 – Aprova o Estatuto da Ordem dos Médicos instituída pelo Decreto-Lei n.º 29171 de 24 de Novembro de 1938.

DEKENS, O. – Compreender Kant. Porto: Porto Editora, 2003.

DESPACHO n.º 6513/DGS/2009. D.R. IIª Série. 41 (2009-02-16) 7902 – Determina a criação das unidades orgânicas flexíveis e estrutura matricial da DGS.

DRUCKER, P. - The future that has already happened. *The Futuriste Magazine*. (Nov. 1998) 16-18.

ENCICLOPEDIA PORTUGUESA E BRASILEIRA – Ética e moral. Volumes n.º10 (596). Vol. 17. (828-830). Lisboa: Editorial Enciclopédia, [1936-1960].

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL – About us. [Em linha]. [Consult. Jan. 2010]. [Disponível em: [www.ecdc.europa.eu/en/aboutus/Pages/AboutUs.aspx](http://www.ecdc.europa.eu/en/aboutus/Pages/AboutUs.aspx).]

EUROPEAN COMMISSION – Public health. [Em linha]. [Consult. Jan. 2010]. [Disponível em: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/strategy/ecdc/ecdc\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/ecdc/ecdc_en.htm)]

EUROPEAN COMMISSION – Public health. [Em linha]. [Consult. Jan. 2010]. [Disponível em: [http://ec.europa.eu/dgs/health\\_consumer/general\\_info/mission\\_en.html#health](http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/general_info/mission_en.html#health).]

FARIA, P. L. - Fundamentos teóricos de um novo regime jurídico para a prevenção e controlo das doenças transmissíveis em Portugal. In: ALMEIDA, C. F.; AMARAL, D. F.; ALMEIDA, M. T., coord. - Estudos Comemorativos dos 10 anos da Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa. Volume 1. [Coimbra]: Almedina, 2008a. 621-643.

FARIA, P. L. - The Portuguese universal health system. In FARIA, P.L., ed. lit. - Law and ethics in rationing access to care in a high-cost global economy. 2<sup>nd</sup>. Biennial Seminar in Health Law and Bioethics. Lisbon: Escola Nacional de Saúde Pública. Boston University. School of Public Health, 2008b.

FARIA, P. L.; LUPI, M. J. – A ética, o direito e a governação clínica. In: CAMPOS, L.; BORGES, M.; PORTUGAL, R., ed. lit. - Governação dos hospitais. Lisboa: Casa das Letras. ARSLVT, 2009. 323-332.

FIELDING, J. E. – Public Health in the Twentieth Century: advances and challenges. *Annual Review of Public Health*. 20 (1999) xiii -xxx.

FRAGATA, J.; MARTINS, L. – O erro em medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade. Coimbra: Almedina, 2004.

GEORGE, F. – Histórias de saúde pública. Lisboa: Livros Horizonte, 2004.

GOLDIM, J. R. – Bioética: origens e complexidade. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Faculdade de Medicina Federal*. 26 (2006) 86-92. [Em linha]. [Consult. Dez. 2009]. [Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/complex.pdf>.]

GOSTIN, L. – Public health, ethics, and human rights: a tribute to the late Jonathan Mann. *Journal of Law, Medicine and Ethics*. 29 (2001) 121-130.

GOSTIN, L. – Public health and law: past and future visions. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 28 : 2-3. (2003) 525-552.

GRAÇA, L. – Guião para o desenho de um projecto de investigação. Lisboa: Grupo de Disciplinas de Saúde Ocupacional. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. 2004. Documento policopiado. 90 pp. (Textos, T 834. v13).

IMPERATORI, E.; GIRALDES, M. R. – Metodologia do planeamento da saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

JONSEN A. – Introduction. JONSEN, A.R.; VEATCH, R.M.; WALTERS, L., ed. lit. - Source book in bioethics: a documentary history. Washington D.C.: Georgetown University Press, 1998.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. – Translating strategy in to action: the Balanced Scorecard. Harvard: Harvard Business School, 1996a.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. – Using the Balanced Scorecard as a strategic management system. [Em linha]. *Harvard Business Review*. (January-February 1996b) 1-13. [Consult. Jan. 2010]. [Disponível em: <http://portal.sfusd.edu/data/strategicplan/Harvard%20Business%20Review%20article%20BSC.pdf>.]

LAST, J. – Um dicionário de epidemiologia. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1995. (Orig. Oxford: Oxford University Press, 1988).

LEI n.º 111/2009. D.R. Iª Série. 180 (2009-09-16) 6528-6550 – Altera o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto-Lei n.º104/98, de 21 de Abril.

LEI n.º 14/90. D.R. Iª Série. 133 (1990-06-09) – Cria o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. 2516-2517.

LEI n.º 37/2007. D.R. Iª Série. 156 (2007-08-14) 5277-5285 – Lei de Prevenção do Tabagismo que aprova normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo.

Lei n.º 46/2004. D.R. Iª Série. 195 (2004-08-19) 5368-5378 – Aprova o regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano.

LEI n.º 66-B/2007. D.R. Iª Série. 250 (2007-12-28) 9114(2)-9114(21) – Aprova o sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública.

LEI n.º 81/2009. D.R. Iª Série. 162 (2009-08-21) 5491-5495 – Estabelece um sistema de vigilância em saúde pública que identifica situações de risco, recolhe, actualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública.

LEI n.º24/2009. D.R. Iª Série. 104 (2009-05-29) 3343-3344 – Regime jurídico do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

LEI n.º32/2006. D.R. Iª Série. 143 (2006-07-26) 5245-5250 – Regula a utilização de técnicas de Procriação Medicamente Assistida e cria o Conselho Nacional de PMA.

LEI n.º 65/78. D.R. Iª Série. 236 (1978-10-13) 2119-2145 – Aprova, para ratificação, a Convenção Europeia dos Direitos do Homem.

MARKS, S. – Jonathan Mann's Legacy to the 21<sup>st</sup> Century: the human rights imperative for public health. *Journal of Law, Medicine and Ethics*. 29 (2001) 131-138.

MARTIN, R. – Law as a tool in promoting and protecting public health: always in our best interests? *Public Health: Journal of the Royal Institute of Public Health*. 121 (2007) 846-853.

MARTIN, R. – The limits of law in the protection of public health and the role of public health ethics. *Public Health: Journal of the Royal Institute of Public Health*. 120 (2006a) 71-80.

MARTIN, R.; COKER R. – Conclusion: where next? *Public Health: Journal of the Royal Institute of Public Health*. 120 (2006b) 81-87.

MORA, J. F. – Dicionário de filosofia. São Paulo: D. Quixote Sudamericana, 1991.

MOREIRA, J. M. – A contas com a ética empresarial. Estoril: Principia Editora, 1999.

NEVES, M. C. P. – A teorização da bioética. In: NEVES, M.C. P. et al. - Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2002a. 37-63.

NEVES, M. C. P. – Introdução: a bioética como reflexão e como prática : significado etimológico-conceptual de bioética. In: NEVES, M.C. P. et al. - Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2002b. 29-35.

NEVES, M. C. P. et al. - Inquérito Nacional às Comissões de Ética para a Saúde. In: NEVES, M.C. P. et al. - Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2002. 179-206.

NEVES, M. C. P. – Comissões de ética. In: Presidência do Conselho de Ministros. CNECV – Investigação biomédica: reflexões éticas. Lisboa: Gradiva, 2008. 389-415.

NICOLAU, I. – O conceito de estratégia. [Em linha]. Lisboa: INDEG/ISCTE, 2001. [Consult. Jan. 2010]. [Disponível em: <http://ee.dcg.eg.iscte.pt/conceito%20estrategia.pdf>.]

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – UN at a glance. [Em linha]. Washington, DC : UN, 2009. [Consult. Jan. 2010]. [Disponível em: <http://www.un.org/en/aboutun/index.shtml>.]

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – The Universal Declaration of Human Rights [Em linha]. [Consult. Jan. 2010]. [Disponível em: <http://www.un.org/en/documents/udhr/>.]

PESSOA, F. - Prosa íntima e de autoconhecimento. Lisboa : Assírio & Alvim, 2007. (Obra Essencial de Fernando Pessoa).

PEREIRA, J. - Justiça social no domínio da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 6 : 4 (Oct./Dec. 1990. 400-421.

PEREIRA, J. – Um novo índice de inequidade horizontal na prestação de cuidados de saúde. In: Associação Portuguesa de Economia da Saúde - Livro de Homenagem a Augusto Mantas. Lisboa. Principia, 1999. 143-165.

PINA, E. – A responsabilidade dos médicos. Lisboa: Lidel, 1994.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde: orientações estratégicas 2004/2010. Volume II. Orientações estratégicas. Lisboa: Ministério da Saúde, 2004.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde: orientações estratégicas 2004/2010. Volume I. Prioridades. Lisboa: Ministério da Saúde, 2004.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Saúde: um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002. Lisboa: Ministério da Saúde, 1999.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia da Gripe. 2.ª ed. Lisboa: DGS, 2008.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Resultados do Inquérito às Comissões de Ética para a Saúde. 2008. [Em linha]. [Consult. Fev. 2010] [Disponível em: <http://www.dgs.pt>.]

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE. DEPARTAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS. UNIDADE DE REFERÊNCIA E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. NÚCLEO DE VIGILÂNCIA LABORATORIAL DE DOENÇAS INFECCIOSAS. COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A INFECÇÃO VIH/SIDA - INFECÇÃO VIH/SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2008, Doc. 140. Abril. 2009. [Em linha]. [Consult. Dez. 2009] [Disponível em: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Documents/VIH-SIDAn%C2%BA140.pdf>.]

PORTUGAL. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. CNECV – Investigação biomédica: reflexões éticas. Lisboa: Gradiva, 2008.

PORTUGAL. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. CNECV – O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Lisboa: CNECV, 2009. [Consult. Nov. 2009]. [Disponível em <http://www.cnecv.gov.pt/cnecv/pt/>.]

PORTUGAL. PRIBERAM - Dicionário Priberam: definição de ética. Lisboa: Priberam, 2009. [Em linha]. [Consult. Ago. 2009] [Disponível em: <http://www.priberam.pt/Produtos/Dicionario/tabid/648/language/pt-PT/Default.aspx>.]

REIS, V. – Gestão em saúde: um espaço de diferença. Lisboa: ENSP. UNL, 2007.

REGULAMENTO n.º 14/2009. D.R. IIª Série. 8 (2009-01-13) 1355-1369 – Aprova o Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

REGULAMENTO n.º851/2004. JOCE (2004-04-30) - Regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho de 21 de Abril de 2004.

RENAUD, M. – Novas perspectivas sobre a ética e a moral. In: NEVES, M.C. P. et al. - Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana. 2ª edição revista e aumentada. Ponta Delgada: Centro de Estudos de Bioética - Pólo Açores, 2002. 15-35.

RENAUD, M. – A pertinência do conceito filosófico de ‘identidade pessoal’ para a investigação biomédica. In: Presidência do Conselho de Ministros. CNECV – Investigação biomédica: reflexões éticas. Lisboa: Gradiva, 2008. 265-293.

RESOLUÇÃO n.º 48/AR/2009. D.R. Iª Série. 134 (2009-07-14) 4482 – Eleição para o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

RESOLUÇÃO n.º 1/AR/2001. D.R. Iª Série. 2 (2001-01-03) 14 – Aprova, para ratificação a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina, aberta à assinatura dos Estados Membros do Conselho da Europa em Oviedo, em 4 de Abril de 1997, e o Protocolo Adicional que proíbe a Clonagem de Seres Humanos, Aberto à assinatura dos Estados Membros em Paris, em 12 de Janeiro de 1998.

ROTHSTEIN, M. A. – Rethinking the meaning of public health. *Journal of Law, Medicine and Ethics*. 30 (2002) 144-149.

RUGER, J. P. – Ethics and governance of global health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 60 (2006) 998-1002

SAKELLARIDES, C. – De Alma a Harry: crónica da democratização da saúde. Coimbra: Editora Almedina, 2006.

SAKELLARIDES, C. – Nós e a gripe: informação, conhecimento e bom senso. Lisboa: Editora Gradiva, 2009.

SAKELLARIDES, C. et al. - O futuro do sistema de saúde português: Saúde 2015. Lisboa : ENSP. UNL, 2006. [Em linha]. [Consult. Fevereiro 2010]. [Disponível em:

STEIGER, C.; CALDEIRA, J; MARQUES, R. - A arquitectura de implementação da metodologia Balanced Scorecard no núcleo de formação para dirigentes do INA. Oeiras: INA, [2008]. (não publicado).

SUN TZU – A arte da guerra. Porto: Frenesi, 2003.

UK. NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS - Public health: ethical issues. London: Nuffield Council of Bioethics, 2007. [Em linha]. [Consult. Agosto 2009]. [Disponível em: [http://www.nuffieldbioethics.org/fileLibrary/pdf/Public\\_health\\_-\\_ethical\\_issues.pdf.](http://www.nuffieldbioethics.org/fileLibrary/pdf/Public_health_-_ethical_issues.pdf.)]

UNESCO – Ethics of science and technology. [Em linha]. Paris: UNESCO, 2010. [Consult. Jan. 2010]. [Disponível em: [http://portal.unesco.org/shs/en/ev.php-URL\\_ID=1837&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html.](http://portal.unesco.org/shs/en/ev.php-URL_ID=1837&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.)]

U.S. CONGRESS. Office of Technology Assessment - Biomedical ethics in U.S. public policy. Washington, DC : U.S. Government Printing Office, 1993. (Background Paper, OTA-BP-BBS-105).

USA. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - Advancing excellence & integrity of CDC science. [Em linha]. Atlanta, GA: CDC, 2010. [Consult. Jan. 2010]. [Disponível em: <http://www.cdc.gov/od/science/phethics/>]

USA. STANFORD ENCYCLOPEDIA OF PHILOSOPHY – Contractarianism. [Em linha]. Stanford University: Metaphysics Research Lab, 2009. [Consult. Ago. 2009] [Disponível em <http://plato.stanford.edu/entries/contractarianism.>]

VENKATAPURAM, S.; MARMOT, M. – Epidemiology and social justice in light of social determinants of health research. *Bioethics*. 23 : 2 (2009) 79-89.

VIEGAS, V.; FRADA, J.; MIGUEL, J. PEREIRA - A Direcção-Geral da Saúde: notas históricas. 2.ª ed. Lisboa: Editora Gradiva, 2009.

WINSLOW, C.E.A. – Changing challenges of public health. *American Journal of Public Health and the Nations Health*. 3 (1945) 191-198.

WOODWARD, G.; MANUEL, D.; GOEL, V. - Developing a balanced scorecard for public health. Toronto, Ontario: ICES, 2004.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION - WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects. Ferney-Voltaire, France : WMA, 2008. [Em linha] [Consult. Jan. 2010] [Disponível em <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.>]



## ANEXO I

### LISTA DAS COMISSÕES DE ÉTICA DO SISTEMA DE SAÚDE



N.º	Entidades prestadoras de cuidados de Saúde	Unidades de Saúde	Presidente da CES
1	ARSN	Centros de Saúde da ARSN	Rosalvo Almeida (Médico)
2	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro E.P.E.	Hospital de Peso da Régua ; Hospital de São Pedro; Hospital de Lamego; Hospital de Chaves	Margarida Andrade Anes Azevedo Faria
3	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E	Hospital Eduardo Santos Silva; Hospital Comendador Manuel Moreira de Barros; Hospital de Nossa Senhora da Ajuda	Helena Maria Vieira de Sá Figueiredo (Assessora Ramo Laboratório)
4	Centro Hospitalar do Porto E.P.E	Hospital Geral de Santo António E.P.E. Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia; Maternidade de Júlio Dinis	Maria Luísa Rodrigues Bernardo (Médica)
5	Hospital de S. João E.P.E.		Filipe Nuno Almeida (Assistente Hospitalar Graduado)
6	Hospital de São Marcos		Victor Manuel Machado Barros (Médico)
7	Hospital de Joaquim Urbano		Elisabete Maria das Neves Borges (Enfermeira)
8	Hospital de Magalhães Lemos		
9	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.		José Cardoso da Silva (Médico)
10	Centro Hospitalar do Alto Ave E.P.E	Hospital Senhora da Oliveira E.P.E.; Hospital de São José de Fafe	João Lima Reis (Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral)
11	Unidade Local de Saúde do Alto Minho E.P.E.	Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo; Hospital do Conde de Bertiandos	Pedro Meireles (Médico)
12	Centro Hospitalar do Nordeste E.P.E.	Unidade Hospitalar de Bragança E.P.E. Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros; Unidade Hospitalar de Mirandela	António Henrique Machado Capelas (Presidente do Conselho de Administração)
13	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa E.P.E	Unidade Hospitalar Padre Américo Vale de Sousa E.P.E; Hospital de São Gonçalo	António Fernando Braga da Cunha (Médico)
14	Centro Hospitalar entre o Douro e Vouga E.P.E	Hospital de São Sebastião E.P.E; Hospital Distrital São João da Madeira; Hospital Oliveira de Azeméis	Rui Carrapato (Director do Serviço de Pediatria)
15	Hospital de Santa Maria Maior E.P.E		Carlos Manuel Caldas da Silva (Enfermeiro Especialista)

16	Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E	Hospital Pedro Hispano E.P.E	José Alberto Silva (Médico Hospitalar)
17	Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim – Vila do Conde E.P.E	Unidade da Póvoa de Varzim; Unidade de Vila do Conde	Ainda não tem Presidente
18	Centro Hospitalar do Médio Ave E.P.E	Hospital Conde de S. Bento; Hospital de São João de Deus E.P.E	Luis Manuel Pereira de Almeida Costa (Jurista)
19	Hospital da Nossa Senhora da Conceição de Valongo		Maria Alexandra Corte Real (Assistente Graduada de Psiquiatria da Carreira Hospitalar)
20	Centro Hospitalar de Coimbra E.P.E	Hospital Geral; Hospital Pediátrico de Coimbra; Maternidade Bissaya Barreto	Natália Ferreira Moreira (Jurista)
21	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra	Unidade Sobral Cid; Unidade do Lorrão; Unidade de Arnes	Ana Maria Silva Vieira Araújo (Médica)
22	Centro Medicina Reabilitação Rovisco Pais		Jorge Manuel Costa Lains (Médico)
23	Hospitais da Universidade de Coimbra E.P.E		José Joaquim Sousa Barros (Serviço de Obstetrícia)
24	Hospital de São Teotónio E.P.E		Orlando Gaspar (Director de Medicina2)
25	Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil E.P.E		Jorge Martins (Médico Urologista)
26	Centro Hospitalar da Cova da Beira E.P.E.	Hospital Pêro da Covilhã; Hospital Distrital do Fundão	António Feio Neves Gama (Médico)
27	Centro Hospitalar do Oeste Norte	Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira; Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo Peniche	Joaquim António Urbano (Médico)
28	Hospital Amato Lusitano		João Manuel Ferreira Gabriel (Médico)
29	Hospital de Santo André E.P.E		Carlos Poças (Assessor de Farmácia)
30	Unidade Local de Saúde Guarda E.P.E	Hospital de Sousa Martins; Hospital de Nossa Senhora da Assunção	José Lavrador Gama (Director de Serviço)
31	Hospital Distrital da Figueira da Foz E.P.E		Rui Araújo Gil Teixeira Araújo (Chefe de Serviço de Anestesiologia)
32	Hospital Distrital de Águeda		Luis Abel Mendes Gouveia Alves (Médico)
33	Hospital Infante D. Pedro E.P.E		Amorim Figueiredo (Médico Ortopedista)
34	Hospital de Cândido de Figueiredo		Fernando José Andrade de Almeida (Administrador Hospitalar)
35	Hospital de José Luciano de Castro		Teresa Maria Morais Pinto Cardoso (Psicóloga)
36	Hospital Distrital de Pombal		Não tem Presidente
37	Hospital de Arcebispo João Crisóstomo		
38	Hospital do Visconde de		Domingos Luis Correia Coutinho



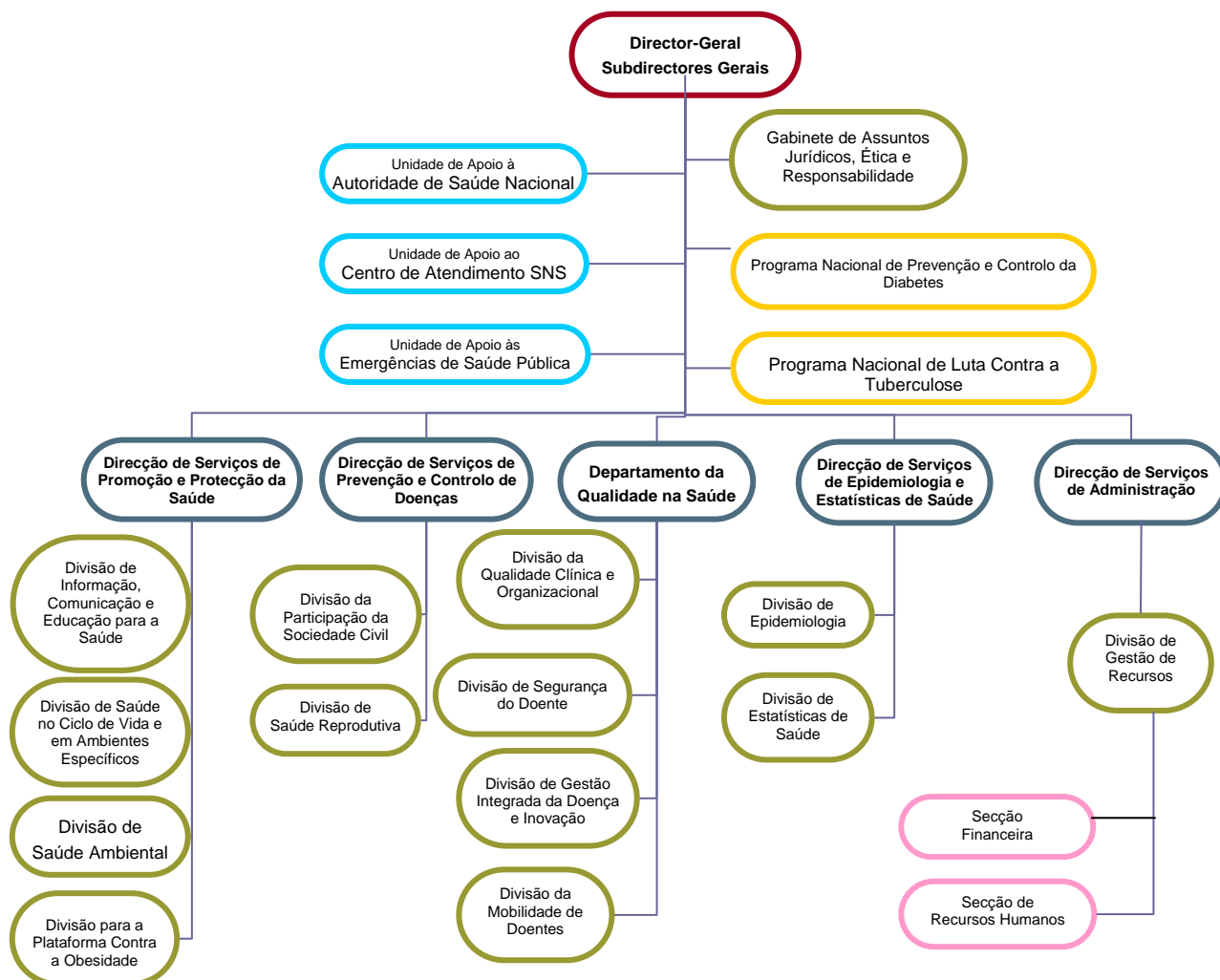
	Salreu		
39	Hospital Dr. Francisco Zagalo		Judite Maria Forte Carvalho (Cardiologista)
40	HPP Hospital de Cascais	Hospital Condes de Castro Guimarães; Hospital Ortopédico Dr. José de Almeida	Isabel Maria Líbano Serrano (Médica)
41	Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E	Hospital de S. José; Hospital de Santo António dos Capuchos; Hospital Dona Estefânia; Hospital de Santa Marta E.P.E	António Santos Castro (Chefe de Serviço de Medicina Interna)
42	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E	Hospital de S. Francisco Xavier E.P.E; Hospital de Santa Cruz E.P.E; Hospital de Egas Moniz E.P.E	Maria Teresa Marques (Médica)
43	Centro Hospitalar Lisboa Norte E.P.E	Hospital de Santa Maria E.P.E; Hospital de Pulido Valente E.P.E	João Lobo Antunes (Médico)
44	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	Hospital de Júlio de Matos; Hospital Miguel Bombarda	
45	Hospital de Curry Cabral		Celeste Campos (Médica Aposentada)
46	Hospital de Garcia de Orta E.P.E		Orlando Cordeiro (Médico)
47	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinta		Maria de Lurdes Vieira (Chefe Serviço de Oftalmologia)
48	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E		Filomena Pereira (Assistente Graduada de Pediatria)
49	Maternidade Dr. Alfredo da Costa		Regina Rosa Corado (Chefe de Serviço de Obstetrícia e Ginecologia)
50	Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E	Hospital de São Bernardo E.P.E; Hospital Ortopédico Sant'iago do Outão	José Manuel Silva Vinhas Pereira (Director do Serviço de Nefrologia e Director do Departamento de Medicina)
51	Centro Hospitalar de Torres Vedras	Hospital Distrital de Torres Vedras; Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior	Manuel Alexandre Tavares Garcia (Padre)
52	Centro Hospitalar do Médio Tejo E.P.E	Hospital Distrital de Abrantes Manuel Constâncio; Hospital Nossa Senhora da Graça; Hospital Rainha Santa Isabel	Nuno Catorze (Director da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes)
53	Hospital de Reynaldo dos Santos		João França Gouveia (Director de Serviços de Medicina Interna)
54	Hospital Distrital de Santarém E.P.E		Francisco José Ribeiro Carvalho (Médico)
55	Hospital do Professor Doutor Fernando Fonseca E.P.E		Víctor Gil (Director do Serviço de Cardiologia)
56	Hospital Nossa Senhora do Rosário E.P.E		António Mendes de Sousa Monteny (Médico)
57	Hospital Distrital do Montijo		Alda Maria Esteves Abreu Sousa (Assistente Social)
58	Hospital do Espírito Santo – Évora E.P.E		Rui Manuel Fialho Rosado (Chefe de Serviço de Cirurgia Pediátrica)

59	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo E.P.E.	Hospital José Joaquim Fernandes E.P.E; Hospital de S. Paulo - Serpa	Aniceta Cavaco (Médica)
60	Hospital do Litoral Alentejano		Lúcio Manuel de Jesus Cardador (Director do Serviço de Ortopedia)
61	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano E.P.E	Hospital Doutor José Maria Grande; Hospital de Santa Luzia de Elvas	Paula Pinheiro (Directora Clínica)
62	Hospital de Faro E.P.E		José Pedro Leão Castro Neves (Chefe de Sangue e Director do Sangue de Nefrologia)
63	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio E.P.E	Hospital do Barlavento Algarvio E.P.E; Hospital Distrital de Lagos	Amândio dos Santos Boneca (Chefe de Serviço Obstetrícia/Ginecologia)
64	Centro Cirúrgico de Coimbra - Lda.		Alexandre José Linhares Furtado (Médico Urologista e Cirurgia Geral)
65	AIBILI – Associação para Investigação Bioética e Inovação em Luz e Imagem		Francisco Manuel Corte – Real Gonçalves (Médico)
66	Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus		Duarte Santos Falcão (Médico)
67	Eurodial – Centro de Diálise de Leiria		António Vaz Carneiro (Faculdade de Medicina de Lisboa)
68	ICIL – Instituto Clínico, Lda.		Luís Fernando Alves Nogueira dos Santos (Médico)
69	Clínica Psiquiátrica de S. José		Hermínio Gonçalves de Araújo (Padre)
70	Clínica Pluribus – Diálise, S.A. – Clínicas de Diálise		José Diogo Matias Lopes Barata (Médico)
71	Hospital dos Lusíadas		Augusto Maldonado Cortes Simões (Médico)
72	Hospital do SAMS		Carlos Manuel Gasparinho Antero da Silva (Médico)
73	Hospital de Santiago		Maria Antonieta Duarte Gonzalez (Médica)
74	Casa de Saúde Nossa Senhora da Conceição		Carlos José Pavão Matos (Médico)
75	Hospital de Santa Maria de Faro		Rui Manuel Osório Marques Pinto (Médico)
76	Clínica Pediátrica da Amadora		Mafalda Garção de Melo Nunes de Almeida (Jurista)
77	Quadrantes Clínica Médica e Diagnóstico – Sociedade Unipessoal, Lda.		António Carlos da Silva Cardoso (Médico)
78	Hospital CUF Infante Santo		João Lobo Antunes (Médico)
79	Instituto S. João de Deus		Walter Friedrich Alfredo Oswald (Medico)
80	Instituto Português de Reumatologia		Paula Maria Cordeiro Dires Rodrigues Peixe (Médica do Egas Moniz)
81	Hospital CUF Descobertas		João Paulo Moreira Rosa Camilo Malta (Médico)
82	Hospital de Sant’Ana		Manuel Silva e Sousa (Médico)

83	Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal		João Manuel Valente Nabais (Química Tecnológica)
84	Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão		Monsenhor Victor Feytor Pinto (Sacerdote)
85	Hospital Cruz Vermelha		Luís Aires Botelho Moniz de Sousa (Médico)
86	Casa de Saúde Câmara Pestana – Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus		Juan Marques Noite (Sacerdote)
87	Casa de Saúde do Espírito Santo – Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus		Lisete Bruges (Enfermeira)
88	Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil CADIN		Nuno Maria Falcão Libano Monteiro (Jurista)
89	British Hospital Lisbon XXUI, S.A		Padre Victor Feytor Pinto (Sacerdote)
90	Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima – Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus		Guilherme António Batista Ornelas Bruges (Médico)
91	Hospital militar		

## ANEXO II

### Organograma da Direcção-Geral da Saúde



Fonte: DGS

## ANEXO III

### QUESTIONÁRIO A APLICAR ÀS COMISSÕES DE ÉTICA PARA A SAÚDE

#### Composição da comissão de ética.

1 - Por favor, caracterize a composição da comissão de ética em termos de área de formação, sexo e idade:

Área de formação:  Sexo (M/F):  Idade:

#### Actividade praticada em 2009

2 - Número de pareceres elaborados.

Por favor indique o número total de pareceres elaborados:

3 - Objecto dos pareceres elaborados durante o ano de 2009.

Por favor indique o número de pareceres relativos a cada um dos seguintes temas:

Projectos de investigação	<input type="text"/>
Ensaio clínico	<input type="text"/>
Listas ou tempos de espera	<input type="text"/>
Direitos dos doentes	<input type="text"/>
Consentimento informado	<input type="text"/>
Acesso a informação de saúde	<input type="text"/>
Actuação deontológica dos profissionais	<input type="text"/>

Outros temas:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4 - Pareceres sobre projectos de investigação.

Por favor, indique o número total de projectos aprovados:

Por favor indique o número total de projectos não aprovados:

Por favor, indique o número total de projectos aprovados, após o envio de projectos complementares:

5 - Promotores dos projectos de investigação.

Por favor, indique o número de projectos promovidos por cada um dos tipos de promotores identificados:

Serviços do hospital	<input type="text"/>
Outras entidades do SNS	<input type="text"/>
Entidades externas	<input type="text"/>
Investigador (âmbito académico ou escolar)	<input type="text"/>

6 - Distribuição dos promotores dos projectos de investigação por género.

Por favor, indique a proporção de promotores em cada género:

% de sexo Feminino	<input type="text"/>
% de sexo Masculino	<input type="text"/>

#### 7 - Distribuição dos promotores dos projectos de investigação por idade.

Por favor, indique a proporção de promotores em cada género:

% < 20 anos	
% entre 20 e 30 anos	
% entre 31 e 40 anos	
% > 40 anos	

#### 8 - Financiamento dos projectos de investigação.

Por favor, indique a proporção de projectos financiados:

% de projectos financiados	
% de projectos não financiados	

#### 9 - Entidades financiadoras dos projectos de investigação.

Por favor, identifique o número de projectos financiados por tipo de entidade financiadora:

Entidade respondente	
Outras entidades do SNS	
Associações privadas	
Indústria Farmacêutica	
Instituições de ensino	
Empresas não ligadas à indústria farmacêutica	

Outras entidades:


#### 10 - Número de projectos de investigação por área profissional do promotor.

Por favor, indique o número de projectos de investigação por área profissional do promotor:

Médica	
Enfermagem	
Biologia	
Farmacêutica	
Psicologia	
Gestão	
Estudantes de medicina	
Estudantes de enfermagem	
Estudantes de psicologia	

Outras áreas:


### 11 - Área de investigação dos projectos.

Por favor indique o número de projectos por tipo de área identificada:

Pediatria	<input type="text"/>
Psiquiatria	<input type="text"/>
Ginecologia/Obstetrícia	<input type="text"/>
Pneumologia	<input type="text"/>
Medicina	<input type="text"/>
Urologia	<input type="text"/>
Cirurgia	<input type="text"/>
Cirurgia Plástica	<input type="text"/>
Oncologia	<input type="text"/>
Cardiologia	<input type="text"/>
Doenças infecciosas	<input type="text"/>

Outras áreas:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 12 - Comunicações recebidas da Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC).

Por favor, indique relativamente às comunicações recebidas da CEIC:

Número de ensaios clínicos aprovados:	<input type="text"/>
Número de ensaios clínicos não aprovados:	<input type="text"/>

### Aspectos para o futuro

#### 13 - Considera que o Decreto-Lei n.º97/95, de 10 de Maio, em geral, satisfaz as actuais necessidades da actividade da sua Comissão de Ética para a Saúde?

Por favor, indique a sua resposta:

Sim	<input type="text"/>
Não	<input type="text"/>

#### 14 - Considera que a actual composição legal das comissões de ética deve ser alterada?

Por favor, indique a sua resposta:

Sim	<input type="text"/>
Não	<input type="text"/>

#### 15 - Se respondeu sim, de que forma?

Por favor, assinale com um X a(s) resposta(s) que considerar adequadas.

Aumentar composição	<input type="checkbox"/>
Reduzir composição	<input type="checkbox"/>
Incluir áreas profissionais	<input type="checkbox"/>
Quais:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Excluir áreas profissionais:	<input type="checkbox"/>
Quais:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

16 - Considera que o objecto da actuação das comissões de ética deve ser revisto?

Por favor, indique a sua resposta:

Sim

Não


17 - Se respondeu sim, que novas matérias gostaria de ver incluídos ou desenvolvidos no objecto das comissões de ética?

Projectos de investigação

Listas ou tempos de espera

Direitos dos doentes

Consentimento informado

Acesso a informação de saúde

Actuação deontológica dos profissionais


Outras matérias:


18 - Que matérias gostaria de expressamente excluir do objecto das comissões de ética?


19 - Que outras matérias do Decreto-Lei n.º97/95, de 10 de Maio, considera que carecem de revisão?

Aspectos de logística e funcionamento

Constituição

Mandato

Direcção

Competências

Projectos de investigação

Actuação ética dos profissionais


Outras matérias:


20 - Vê vantagens na partilha de informação com outras comissões de ética?

Por favor, indique a sua resposta:

Sim

Não


21 - Considera que seria útil a existência de um Código de Ética?



Por favor, indique a sua resposta:

Sim

Não


21 - Que tipo de apoio gostaria de obter da DGS?

Partilha de informação

Partilha de experiências internacionais

Partilha de Literatura internacional

Apoio legal

Apoio à reflexão e ao consenso ético


Outro tipo de apoio:


Muito obrigada pela sua colaboração. O seu contributo é importante para nós.

Os resultados deste questionário serão apresentados e publicados logo que possível.